Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

5e Série, t. XX. AOUT. — 1844. Encyclogr., t. 144.

A. Reproduction et Revue des Journaux étrangers.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQUE, PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

1. *De l'indication et de la formule de la saignée générale dans les maladies aiguës;* par V. O. Gouraud, D. M., ex-médecin des hôpitaux militaires.

(Journ. des Connais. médico-chirurgicales, juill. 1844.)

Si vous m'ôtez la lancette et le quinquina, je renonce à la médecine.

Les maladies aiguës étant celles qui emportent le plus de monde, la médecine possède contre elles deux remèdes qui suffiraient à eux seuls pour la mettre en honneur et lui mériter une place importante parmi les sciences : ce sont le quinquina et la saignée.

La saignée, en usage bien avant Hippocrate, livrée de tous temps aux attaques de nombreux adversaires, compromise par l'ignorance et la maladresse de ses partisans, a eu des fortunes diverses, mais n'a jamais été abandonnée.

On la distingue en générale et locale, et la première se divise en déplétive ou évacuative, en révulsive, en dérivative et en spoliative.

La déplétive diminue le volume du sang de la quantité qu'il en sort par l'ouverture du vaisseau.

La révulsive détourne de certaines parties le sang qui s'y porte en trop grande abondance.

La dérivative détermine vers une partie plus de sang qu'il n'y en passe.

Dans la spoliative, la fibrine se perd en plus grande proportion que la sérosité.

Les effets de la saignée déplétive et de la spoliative sont constants; la révulsive et la dérivative ne peuvent toujours justifier leur nom, à cause de la grande influence du système nerveux sur le cours du sang. Tout en convenant que la saignée est plus que déplétive et spoliative, je ris dans ma barbe grise quand je vois un jeune Esculape ou certain sectaire se vanter de tenir en main l'organisme et de déterminer à volonté une saignée révulsive ou dérivative ; la pratique lui apprendra bientôt que les phénomènes de la vie ne sont pas invariables comme ceux de la physique. En voici un exemple.

Obs. I, par Jurieux. — « Un homme, âgé de « soixante ans, fort sujet aux hémorrhoïdes, qui « fluaient périodiquement, n'eut point cet écoule- « ment, comme il avait coutume; après des dou- « leurs de tête qui semblaient venir du manque de « cette évacuation, il eut une forte hémorrhagie du « nez qui ne la soulagea point; on lui fit une co- « pieuse saignée du bras sans que les maux de tête « diminuassent. Il était à la campagne. Quand il fut « revenu à la ville, je crus que c'était surtout à « rétablir l'écoulement des hémorrhoïdes qu'il fallait « travailler : on lui appliqua donc, à deux reprises « différentes, les sangsues au fondement; elles ti- « rèrent beaucoup de sang, mais il n'en éprouva « aucun soulagement. Enfin, au bout de trois se- « maines, pendant lesquelles il fit usage de plusieurs « remèdes qui paraissaient convenables, je lui or- « donnai les sangsues aux tempes et il fut guéri « sur-le-champ. L'année suivante, quoique les hé- « morrhoïdes eussent recommencé à fluer, il eut « de nouveau des maux de tête, qui cédèrent tout « de suite à l'application des sangsues aux tempes. »

Quand on parle d'une saignée, on entend une saignée déplétive du bras. Ce n'est pas qu'il soit tou-

jours plus facile et moins dangereux d'ouvrir une veine au pli du bras qu'au pied et au cou; quelquefois le vaisseau y est étroit, mobile, échappe au doigt et à l'œil, et son ouverture expose à la piqûre de l'artère et à la phlébite; mais d'ordinaire les veines sont plus larges et plus apparentes au pli du bras; la compression s'y fait mieux au-dessus avec la ligature, au-dessous avec le pouce, et s'augmente encore par la fermeture de la main avec effort; enfin le sang jaillit plus longtemps. Toutes ces considérations sont à l'avantage du malade et du phlébotomiste. Toutefois, si les veines sont mieux disposées au pied qu'au bras (ce qui est très-rare), la saignée du pied remplace parfaitement celle du bras, et *vice versâ*. La saignée du bras a été efficace au professeur Desgenettes attaqué d'apoplexie,

Obs. II, communiquée par le docteur Ozanam, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — Mademoiselle E. Desbrosses, âgée de dix-huit ans, d'un tempérament éminemment sanguin, d'une grande vivacité et d'une rare intelligence, fut placée dès l'âge de six ans dans un couvent de bénédictines, situé non loin de la Loire, en 1818; on l'y laissa en qualité de pensionnaire et elle ne revint chez elle qu'au printemps de 1829. Bientôt la noblesse de son origine, sa richesse, son amabilité et sa beauté la firent demander en mariage par les partis les plus brillants; mais ce fut en vain, elle les refusa tous, malgré les instances de ses père et mère, et elle avait résolu d'aller s'enfermer dans le cloître qu'elle regardait comme son toit paternel et de s'y faire religieuse. Elle ne manqua pas d'éprouver une vive opposition de la part de sa famille et un refus formel d'accéder à ses désirs.

Mademoiselle Ernestine en conçut un violent chagrin qu'elle concentra; un état d'abattement et de langueur succéda à une vie gaie et animée; les règles se supprimèrent tout à coup, et mademoiselle Ernestine est aussitôt saisie par un violent frisson accompagné d'une forte crise nerveuse et de perte de connaissance. Appelé à minuit, deux heures après l'invasion de la maladie, je la trouve étendue toute habillée sur un lit, la face très-injectée, ainsi que les conjonctives et même la cornée transparente; perte de connaissance, respiration précipitée; le pouls excessivement serré et accéléré, battement des artères temporales, symptômes indiquant une sorte de congestion cérébrale. L'indication n'était pas douteuse et le moment était pressant. Les bras, gros et potelés, ne présentaient que de très-petites veines; les pieds les présentaient plus développées. Je fis préparer de l'eau chaude et j'ouvris largement la saphène interne du pied gauche, que je laissai saigner une heure, et j'estime à trois livres le sang qui s'en écoula. Je fis en même temps appliquer de la moutarde arrosée d'alcali volatil fluor sur les bras et successivement sur l'intérieur des cuisses. Je fis avaler à la malade quelques cuillerées d'eau froide avec de l'eau de fleur d'orange et quelques gouttes d'éther. Dès que le jour fut venu, j'envoyai acheter de la glace et une demi-livre d'éther sulfurique que j'employai en lotions sur le front et sur la tête où je fis appliquer de la glace concassée et enfermée dans une vessie.

Vers les six heures du matin, la malade reprit un peu connaissance, accusant une violente douleur frontale; je fis appliquer derrière l'apophyse, de chaque côté, huit sangsues dont je laissai couler le sang jusqu'à huit heures.

Je prescrivis de la limonade à la glace.

Enfin, le pouls se développa et donna 90 pulsations par minute.

Dès lors la malade fut moins agitée et dormit d'un sommeil paisible jusqu'à dix heures. Sinapismes aux pieds, glace sur la tête, boissons de limonade, frictions éthérées; tous ces moyens sont continués.

Le deuxième jour fut tranquille, la nuit fut bonne; la malade demanda son confesseur, homme de beaucoup d'esprit, qui s'occupa de l'état de son âme et parvint à la calmer sur ses projets de cloître.

Enfin la fièvre tomba le troisième jour, et vers le sixième la malade entra en convalescence. Deux ans après, mademoiselle Desbrosses a fait un mariage brillant; elle est mère de famille et jouit d'une parfaite santé.

Si le chirurgien ne trouve pas une bonne veine au pli du bras ni au pied, comment fera-t-il la saignée? L'usage est de substituer les sangsues à la lancette. Mais alors on prive le malade du grand avantage, de la rapidité de l'émission sanguine. Le docteur Lisfranc ne veut pas qu'on renonce tout d'abord à la phlébotomie. Il propose de mettre à découvert la veine basilique dans son trajet sur l'humérus, entre les attaches des muscles deltoïde et brachial antérieur, et de l'ouvrir à cette profondeur. Il ne nous dit pas qu'il ait eu recours à ce procédé, dont la pratique lui est si facile à l'hôpital de la Pitié.

Les ventouses scarifiées sont de beaucoup préférables aux sangsues. A ceux qui nous objecteront qu'on ne tire pas autant de sang avec celles-là qu'avec celles-ci, nous répondrons que la faute est à l'opérateur. En Angleterre et en Italie, où l'on est plus exercé à l'application des ventouses, on tire avec ces instruments tout le sang qu'on désire, et si vous en voulez un exemple, vous pouvez aller à l'hôpital de la Charité voir opérer M. Séguin, qui en fait sa spécialité.

Les règles de la phlébotomie et les moyens de remédier à ses accidents sont très-bien connus; il n'en est pas de même de cette opération sous le rapport médical.

L'indication, question préjudicielle de la saignée, n'est pas encore établie. La dissidence des praticiens sur l'opportunité des émissions sanguines est telle, que la plupart d'entre eux saignent et resaignent, les uns par préjugés, les autres par imitation, quelques-uns par inspiration, tous sans pouvoir s'en rendre compte. Pour resserrer notre horizon, nous ne parlerons, aujourd'hui, que de la saignée du bras dans les maladies aiguës.

Indication de la saignée.

Diverses Académies de médecine en France et à l'étranger, notamment celles de Paris et de Marseille, ont mis au concours le sujet de la saignée. Les prix ayant été décernés, on avait lieu de croire que les lauréats avaient satisfait à toutes les exigences du concours; loin de là, les lauréats Vieusseux,

Fréteau, Fauchier et Polinière se sont perdus dans le vague, parce qu'ils ont supposé à toutes les maladies du même nom un caractère semblable, tandis que celui-ci varie quelquefois au point de contre-indiquer la saignée qu'une autre maladie de même nom pourrait nécessiter. Van Swieten parle d'une pleurésie où la saignée ne faisait que du mal.

Quelques concurrents ont choisi et rassemblé tous les symptômes de turgescence, d'inflammation, de pléthore et d'acuité, et ont donné là-dessus une table d'indication. Ce procédé peut apprendre à formuler la saignée, mais non conduire à la première indication.

L'opportunité de la phlébotomie a été discutée de nouveau au sein de notre Académie, et la question n'a pu être résolue; témoin la séance publique du mois de février 1835.

M. Capuron élève la médecine au rang des sciences exactes et prétend que toutes les maladies aiguës sont susceptibles de guérir.

M. Moreau soutient qu'il y a de ces maladies qui, quoi qu'on fasse, tuent en vingt-quatre heures.

M. Louis estime que la nouvelle médecine ne guérit guère mieux que l'ancienne.

M. Bouillaud saigne coup sur coup dans la pneumonie, assure qu'il ne perd qu'un malade sur vingt-trois et guérit, terme moyen, en quatre ou cinq jours.

M. Castel dit qu'un pareil succès est impossible.

M. Baraillon déclare qu'il a d'abord perdu beaucoup de pneumoniques par la saignée et qu'ensuite il en sauve un plus grand nombre en ne les saignant pas.

Le choléra et la fièvre typhoïde ne peuvent, d'après l'expérience de M. Emery, être guéris par la saignée.

M. Berchoux n'a pas connu aux Antilles de meilleur remède contre la fièvre jaune que la saignée.

Le *Bulletin de Thérapeutique*, tourmenté d'une telle dissidence d'opinions, reprend la question de la saignée, et, tout en cherchant à l'éclaircir, il l'obscurcit davantage par des distinctions et des restrictions.

La maladie, dit-il, est-elle inflammatoire, saignez itérativement, à moins que l'inflammation ne soit pas forte et que le malade ne soit pas en position de supporter de trop grandes déplétions de sang. La maladie a-t-elle une autre nature, par exemple est-elle bilieuse, interrogez les praticiens de tous les âges, et vous acquerrez la certitude que les saignées réitérées ne peuvent que nuire, à moins que l'état des forces du sujet, son âge, ses habitudes ne changent à cet égard les dispositions du malade. (Bulletin de mai 1836.)

Le docteur Magistel, auteur d'un nouveau traité sur la saignée, défie les plus habiles de régler l'indication. C'est le jugement du médecin, dit-il, qui doit suppléer à l'impossibilité des règles rigoureuses dans l'emploi de la saignée. (*Traité pratique des émissions sanguines.*) A ce compte, les médecins ordinaires ne sont capables que de former des conjectures en fait d'indication.

On dirait que nos académiciens ont pris à tâche de justifier les reproches que Montaigne fait aux médecins de son temps : « D'où viendrait, dit-il, « cette altercation continuelle que nous voyons en- « tre eux sur la connaissance du mal? Comment « excuserions-nous cette faculté où ils tombent si « souvent de prendre martre pour renard aux maux, « pour peu qu'il y eût de difficulté? Je n'en ai jamais « trouvé trois d'accord. » De nos jours, les médecins ne s'entendent pas mieux, ils ne savent discerner dans leur intérêt l'opportunité de la saignée générale de celle de la saignée locale. Bosquillon et Laënnec, professeurs de l'Ecole de médecine, regrettent en mourant de s'être fait saigner. Desessars et Double, membres de l'Académie des sciences, périssent faute d'avoir été saignés, celui-ci par son refus, celui-là malgré son désir. Le professeur Boyer est victime d'une saignée locale intempestive, et le professeur Richerand subit le même sort entre les mains de ses collègues. Vaidy fonde l'indication de la saignée, à l'imitation de Galien, sur un certain nombre de considérations générales.

1° *La nature*, c'est-à-dire les principes constitutifs de la maladie. On peut dire que l'inflammation, fût-elle locale, telle que l'érysipèle, l'angine, le panaris, si elle suscite la fièvre, reçoit de la saignée une influence salutaire.

2° *L'époque de la maladie.*

Le temps de l'indication varie, parce que la maladie ne suit pas toujours un ordre précis et déterminé. La recrudescence, la réaction peuvent indiquer la première saignée; l'imminence d'un chémosis après l'opération de la cataracte, de la péritonite, après un accouchement laborieux; la suppression des lochies nécessitent tout d'abord l'ouverture de la veine; enfin on laisse couler du sang avant de lier le cordon ombilical de l'enfant qui a eu la tête longtemps comprimée au passage.

3° *Les complications de la maladie.*

La plus grave sera celle contre laquelle le remède le plus énergique sera employé.

La fièvre intermittente pernicieuse fait ici exception; elle est une maladie à part. Quelque redoutables que se montrent les symptômes sous la forme à la fois d'apoplexie, de fluxion de poitrine, de crachement de sang, etc., le quinquina seul est tout le remède, selon la méthode de François Torti.

4° *Les maladies des parents.*

Il y a des maladies héréditaires, et cette considération fait souvent consentir à l'autopsie que nous sollicitons des familles. Néanmoins le traitement ne doit pas toujours être semblable pour les personnes du même sang affectées de la même maladie. Forestus a connu deux frères également robustes dont l'un supportait une saignée de deux livres et l'autre n'en pouvait soutenir une de quatre onces sans se trouver mal.

5° *L'épidémie régnante.*

Brissot fut heureux, lorsqu'il importa la saignée déplétive en Portugal, d'avoir affaire à une pleurésie épidémique inflammatoire. Dans la pleurésie bilieuse qui sévit, en 1756, à Edimbourg, la saignée était préjudiciable. A l'hôpital de Vienne, Stoll subordonna le traitement des mêmes maladies à la constitution régnante, et dut ainsi ses succès tantôt aux évacuants, tantôt aux émissions sanguines.

6° et 7° *La saison et le climat.*

Æstate et automno sanguinis missio in intermittentibus minus convenit. (Burserius.)

Les habitants des montagnes et des bords de la mer se font saigner plus souvent que ceux des plaines ; cela tient à ce que les maladies inflammatoires sont plus fréquentes et acquièrent plus d'intensité dans les premières contrées que dans les dernières.

8° *L'habitude.*

Louis XIV, qui était grand mangeur, se faisait ouvrir souvent la veine, et il a vécu 77 ans. Cornaro s'est défait de cette mauvaise habitude par la sobriété. Dès l'âge de 35 ans, il se vit tourmenté par des douleurs d'estomac, des coliques, de fréquents accès de goutte, en proie à une fièvre lente, à une soif inextinguible. Ne retirant aucun soulagement de la saignée réitérée et des autres remèdes, et sentant sa fin prochaine, il réduisit sa nourriture à douze onces d'aliments solides et à quatorze onces de liquides en vingt-quatre heures ; il évita le trop de chaleur et de froid, la fatigue et les veilles. Le noble Venitien, pouvant vivre où il voulait et comme il voulait, allait tantôt à pied, tantôt à cheval ou en voiture, à la ville ou à la campagne, choisissait les aliments qui allaient le mieux à son estomac. Ce régime lui rendit la santé en quelques mois et le fit vivre jusqu'à 99 ans. On a objecté qu'il n'est pas possible à tout le monde de vivre à son gré. Toujours est-il que Cornaro ne dut sa longévité qu'à sa constante sobriété.

9° *Le régime.*

Le goût est le sens qui s'éveille le premier et s'éteint le dernier.

10° *L'exercice* favorise la digestion en même temps qu'il augmente l'appétit. On n'a pas reproché aux Chartreux d'aimer la bonne chère ; mais comme ils vivaient dans l'inaction, ils étaient sujets à la pléthore ; c'est pourquoi on leur faisait vers le printemps une saignée déplétive, *ad minuendum monacum.*

11° *La passion* bouleverse l'économie ; elle tyrannise et énerve ses esclaves en leur faisant prendre pour des besoins les désirs déréglés. Vous devez donc porter toute votre attention sur ses effets immédiats. Sanzio (Raphaël), ayant un jour excessivement abusé de ses forces, fut saisi, en rentrant chez lui, d'une fièvre violente dont il cacha la cause. Ses médecins attribuèrent la maladie à un grand échauffement et ordonnèrent la saignée. Le mal venait d'épuisement, et l'émission du sang acheva d'enlever à ce grand homme ce qui lui restait de forces. Sanzio mourut âgé de 37 ans, le 7 avril 1520.

12° *L'idiosyncrasie.*

L'idiosyncrasie est d'un grand poids dans la balance. Voilà pourquoi Celse dit *qu'il vaut mieux avoir pour médecin, à mérite égal, un ami qu'un étranger*, pourvu que ce médecin ne compte pas beaucoup d'amis.

13° *L'âge.*

Ce qui fait l'âge est l'état des organes plus encore que le nombre des années. Cependant il est bon de savoir que l'enfance expose aux convulsions, la puberté à l'hémoptysie et la vieillesse à l'apoplexie.

Il y a des vieillards qui ne supportent pas les infirmités inhérentes à leur condition, et veulent à tout prix sentir moins ce qu'ils ne peuvent tout à fait éviter. « On saigna l'an dernier un vieillard de « ma connaissance qui avait quelques légers déran- « gements d'estomac ; on lui tira environ douze « onces de sang, et depuis cette époque son estomac « s'affaiblit tellement et les fonctions des autres « viscères se dégradèrent au point qu'il mourut « après une langueur de six semaines. (*Les Oracles de Cos*, par Aubry.) La faute en est quelquefois au médecin qui, jugeant du physique sur la vigueur du moral, saigne et resaigne son vieux client jusqu'à ce qu'enfin il tombe mort sous le coup de la lancette.

Vous ne trouverez pas de médecin accrédité qui, s'il est de bonne foi, n'avoue qu'il a commis plus d'une faute funeste par une phlébotomie omise ou intempestive.

Obs. III, communiquée par M. le docteur G. — Le fils du docteur L..., enfant de dix-huit mois, fortement constitué, habituellement bien portant et un peu pléthorique, chez lequel on avait remarqué un certain développement de la tête, fut pris de convulsions vers midi, sans cause appréciable. Face pâle, pupilles extrêmement dilatées, muscles de la face, des bras, des jambes, en convulsions continuelles des deux côtés ; pouls fort, vif, fréquent ; chaleur à la tête, gêne de la respiration, ventre gonflé et tendu, cris continuels. On appelle un professeur de l'Ecole de médecine qui demeurait dans le voisinage ; il déclare l'enfant dans le plus grand danger et ordonne deux sangsues, une derrière chaque oreille ; mais l'agitation du petit malade les empêche de mordre. On ouvre la veine basilique : le sang jaillit vivement, et j'en tire quatre onces ; immédiatement après la saignée, les convulsions cessèrent un moment, et l'enfant fit une selle où l'on vit un haricot. L'excrétion de ce haricot fut un trait de lumière : on rapporta le siége du mal au ventre. Le petit malade sembla regarder avec intelligence, il eut un bon grand bâillement. Les convulsions de cloniques devinrent toniques, et les cris de souffrance ne cessaient point. Il y eut un tétanos et un ballonnement du ventre que calmèrent, 1° une affusion d'eau à 20 degrés sur tout le corps ; 2° des lavements d'eau froide souvent répétés, qui firent rendre des débris d'aliments, de haricots non digérés, preuve que cette éclampsie enfantine avait pour cause une indigestion. A six heures du soir, tout était revenu à l'état normal.

Réflexions. — Les maladies aiguës des petits enfants marchent d'un pas très-rapide. Dans une conjecture aussi critique, le médecin est forcé de se décider sur-le-champ, et il doit moins tenir à prendre un parti infaillible que celui du succès le plus probable. L'efficacité de la phlébotomie est due autant à la rapidité du jet de sang qu'à la dose de la saignée. Les sangsues auraient eu le double inconvénient de tirer le sang trop lentement, de disposer à une hémorrhagie difficile à arrêter et à des ulcérations. Remarquons que c'est la saignée déplétive qui fait cesser les symptômes de l'indigestion.

14° *Le sexe.*

Six onces de sang sont, terme moyen, la quantité que la femme perd tous les mois en trois ou quatre jours. Pouvez-vous compter qu'une si petite évacuation naturelle remplacera une ou plusieurs

copieuses saignées qu'exigera une inflammation du poumon? On fera une saignée ordinaire pour appeler les lochies et les menstrues brusquement supprimées ou un flux hémorrhoïdal habituel, tandis qu'on tirera du sang par une petite ouverture à une femme enceinte à demi-terme, en vue de diminuer la pléthore sans affaiblir les forces ni causer de révolution.

Ces considérations, beaucoup trop vagues, ne disant rien du pouls ni de la respiration, sont aussi légères qu'une recommandation. Offrons-en de plus précises. A la prise de Malte, Regnaud de Saint-Jean-d'Angély est frappé d'insolation; il appelle à grands cris le médecin en chef de l'armée, ne sait plus ce qu'il dit, parle sans cesse et à tue-tête; Desgenettes le fait saigner largement à l'instant de son arrivée; la maladie fut jugée et en quelque sorte terminée en soixante-douze heures. Dès le second jour, Regnaud avait repris toute sa raison et pouvait, avec discrétion, répondre à quelques affaires. Le général Bonaparte loua le médecin Desgenettes d'avoir guéri *avec connaissance de la cause et du siége de la maladie*. (Souvenirs de la fin du XVIIIe siècle et du commencement du XIXe.) Voilà ce que Baillou exigeait du médecin pour en légitimer la médication : *Antequam de morbis statuatur, primum constare oportet quis morbus et quæ morbi causa.* (Opera omnia, tom. XII, p. 32.) Mais, soit dit de vous à moi, cette double connaissance préliminaire est-elle bien nécessaire? Combien d'entre nous guérissent, font de brillantes cures, sans posséder la science qu'exige Baillou, et par la seule routine; ils sauvent la vie comme les oies ont sauvé le Capitole. La cause du désaccord entre nous provient de ce que la nature ouvre souvent plusieurs voies curatives qu'elle tenait en réserve dans son plan providentiel, parmi lesquelles le guérisseur a pris sa médication qu'il croit exclusivement bonne, et de ce que la mort a des coups inévitables, la médication qui avait guéri la même maladie ne faisant cette fois que du mal.

N'est-il donc pas possible de nous entendre, et ne pourrons-nous jamais reconnaître à des signes certains l'indication et la formule de la saignée déplétive? Essayons-le. Nous divisons l'indication en deux classes.

PREMIÈME CLASSE. — *Indication de la phlébotomie par le nom seul de la maladie.*

Asphyxie par { submersion, strangulation, suspension, gaz délétère.

OBS. IV. — Le 20 août 1840, à huit heures du matin, j'entrais à l'établissement Saint-Nicolas, de la rue de Vaugirard, lorsque j'entends un cri d'alarme. Je me retourne et vois un ouvrier que ses camarades retiraient d'un égout. Je fends la foule des curieux et fais transporter l'asphyxié dans une cour voisine dont on ferme les portes. L'homme est assis à terre en plein air, adossé à un mur; on lui tient la tête élevée; plus de pouls, de sensibilité ni de respiration; entière résolution des forces, chaleur dans tout le corps, plus grande à la tête; face pâle, yeux fermés, bouche entr'ouverte. Le commissaire de police arrive accompagné d'un médecin; toutes les ligatures étaient déjà desserrées, j'ouvre une veine au pli du bras droit, le sang jaillit à quelques distances et le jet se soutient; néanmoins aucun signe de vie n'apparaît encore; alors je fais écarter les paupières d'un œil, et je projette de l'eau-de-vie sur le globe : à l'instant cet œil clignote. Joie des assistants, *anima enim ipsius in ipso est.* (*Act. Apost.*) Je redouble et fais sans ménagement d'autres affusions d'eau-de-vie dans l'ouverture des deux yeux; la face se grippe; le pouls commence à se faire sentir, et en dernière ligne la respiration reprend. Je verse une cuillerée d'eau froide dans l'arrière-bouche, et la déglutition s'exécute; au bout de deux heures, le mieux est décisif; on transporte l'ouvrier à l'hôpital Necker où j'allai le voir le surlendemain; les yeux ne se ressentaient en rien de la stimulation. L'asphyxié eut besoin de soins pendant quinze jours à l'hôpital. C'était la troisième fois que cet accident lui arrivait, et j'engageai le commissaire de police à faire prendre un autre état à cet ouvrier.

OBS. V. — *Asphyxie par affection morale.* A Londres, un père de famille est enlevé par la presse et porté à bord du *Trident;* à la levée de l'ancre il tombe en syncope sur le tillac, on lui jette à profusion de l'eau sur le corps, la syncope persiste; le chirurgien lui ouvre une veine au bras, toute la vie revient.

Cette médication étant un fait accompli devrait être toujours employée, de même que la cautérisation de la morsure récente par un animal enragé.

La phlébotomie dans l'*apoplexie foudroyante* est indiquée, parce que la mort subite peut n'être qu'apparente.

OBS. VI. — *Apoplexie de nouveau-né.* Le 24 janvier 1837, ma belle-fille, après un accouchement laborieux, met au monde un garçon qui ne donne aucun signe de vie; je laisse couler le sang du cordon ombilical, en même temps qu'on allume un feu pétillant; tout à coup une flamme vive frappe le corps de l'enfant, la tête renversée sur l'épaule droite se redresse, les yeux s'entr'ouvrent, des gémissements, puis des cris se font entendre; la vie est assurée.

L'insufflation pulmonaire ne fut pas tentée, elle eût été inutile, l'office du poumon étant d'entretenir la vie, non de la commencer : le secours devait venir de plus haut, c'est-à-dire des deux premiers mobiles de la vie, le nerf et le vaisseau sanguin, par l'excitation de la sensibilité et la section du cordon ombilical.

Si malgré vos soins les plus empressés vous ne parvenez pas à faire vivre le nouveau-né, vous aurez du moins un trait de ressemblance avec les jeunes mères du Canada, qui expriment du lait de leurs seins sur la tombe des petits enfants, cherchant dans l'illusion de la vie un adoucissement à leurs regrets.

SECONDE CLASSE. — *Indication de la saignée par les symptômes et les sensations morbides, quel que soit le nom de la maladie.*

« Vous saignerez dans les maladies aiguës si « l'affection paraît intense, si les malades sont dans « la vigueur de l'âge et s'ils conservent leurs forces.»

(*Du régime dans les maladies aiguës*. Appendice.) Hippocrate.

Ce précepte du divin vieillard nous sert encore de règle de conduite par les symptômes mis en saillie dans une observation tirée de sa pratique.

Obs. VII, par Hippocrate. — « Dans la ville d'Abdère, Anaxion, qui était couché près de la porte de Thrace, fut pris d'une fièvre aiguë ; douleur continue dans le côté gauche ; il avait une toux sèche, sans expectoration pendant les premiers jours ; soif; insomnie, urine de bonne couleur, abondante, ténue. *Sixième jour*, délire ; les applications chaudes sur le côté n'amenèrent aucune amélioration. *Septième jour*, état pénible ; car la fièvre s'était accrue, les souffrances n'avaient pas diminué, la toux le tourmentait, et il éprouvait de la dyspnée. *Huitième jour*, je lui fis une saignée du bras : la saignée fut abondante, telle qu'elle devait être ; les souffrances diminuèrent, mais la toux sèche persista. *Onzième jour*, la fièvre diminua ; le malade eut une petite sueur de la tête; toux et expectoration plus humides. *Dix-septième jour*, il commença à avoir une petite expectoration, qui présentait les caractères de la coction ; il fut soulagé. *Vingtième jour*, il sua et fut sans fièvre ; mais après la crise il éprouvait de la soif, et l'évacuation par le poumon n'était pas de bonne nature. *Vingt-septième jour*, la fièvre reparut ; le malade toussa ; il rendit beaucoup de crachats avec les caractères de coction ; l'urine présenta un dépôt abondant et blanc ; le malade se trouva sans soif ; respiration libre. *Trente-quatrième jour*, sueur générale, plus de fièvre ; crise définitive. (*Interprétation des caractères* : Il est probable que l'évacuation des crachats procura la guérison le trente-quatrième jour.) »

Les symptômes portaient sur le cerveau, les organes de la respiration et sur ceux de la circulation du sang. Il est probable qu'Anaxion avait déjà été saigné ; autrement Hippocrate eût été inconséquent de nous avoir recommandé d'attaquer les maladies aiguës en toute hâte par une médication perturbatrice qui en change l'allure. Peut-être aussi notre maître n'avait-il été appelé que le huitième jour.

1° La tête, dit Platon, est la citadelle de l'homme ; aussi voyons-nous que le cerveau joue un grand rôle dans toutes les maladies aiguës ; le sang lui livre de fréquents assauts à tous les âges ; il menace la vie de deux coups terribles, la congestion et l'inflammation. La physiologie et l'anatomie expliquent le danger de la souffrance du cerveau par l'importance de ses fonctions, le nombre et la finesse des vaisseaux sanguins et des nerfs qui composent l'organe et ses enveloppes.

2° Les anciens s'attachaient plus à l'exploration de la respiration qu'à celle du pouls, et nos contemporains se mettent à les imiter ; de sorte que le stéthoscope rivalise aujourd'hui avec la montre à secondes. Les poumons, naturellement accessibles au sang, en reçoivent excessivement au temps de la fièvre ; alors l'éponge pulmonaire, poussée au gonflement par le torrent plus rapide de la circulation, se trouve trop à l'étroit entre le sternum et les côtes, et n'obtenant pas par l'abaissement du diaphragme et le refoulement du médiastin un espace qui suffise à son expansion anormale, il en résulte que son tissu acquiert en masse, par la compression des vésicules pulmonaires, ce qui lui est refusé de volume.

3° La comparaison établie par Bordeu entre le mouvement du sang et celui de la mer n'est pas admissible ; d'ailleurs, cet illustre médecin n'explorait que les pulsations des artères et négligeait l'état des artérioles ; il prétendait néanmoins connaître le siége de chaque maladie par le rhythme du pouls. Cette prétention lui est restée et rappelle le microscope de Leuwenhoeck, qui faisait voir à son inventeur des objets invisibles : touchez le pouls avec soin, mais n'y bornez pas toute votre attention. Chariclès ne nous donne idée que de son ignorance et de sa bassesse lorsque, par un mouvement flatteur, il porte la main de Tibère à ses lèvres pour apprécier les derniers moments du prince. (Suétone.)

C'est à ces trois sources réunies que Macbride puise le diagnostic de l'indication.

Lorsque le pouls est fréquent et fort, dit-il, accompagné de difficulté de respirer et de chaleur à la tête, la saignée ne fait jamais de mal : il va sans dire qu'il se trouve au pli du bras ou aux pieds une veine large et rénitente.

Huxam déclare que, possédant ces trois données, il saignerait quand même la maladie serait la peste.

Le docteur Mino (1), qui a vécu 21 ans avec des pestiférés et qui en a fait lui-même partie, nous apprend qu'il a saigné à propos dans certains cas de peste. La phlébotomie, dit-il, était profitable, surtout à l'époque de la réaction, dans la peste transmise, jamais dans la peste endémique. Lorsque le sujet était jeune et vigoureux, que les symptômes de phlogose prédominaient et que le sang se portait au cerveau, on tirait un peu de sang du pied, du bras ou de l'un et de l'autre, une seule fois et *parcâ manu*, pour ménager les forces si nécessaires ultérieurement. Le docteur Mino a agi non par système, ni pour réaliser une idée spéculative, mais parce qu'il s'est instruit à l'école de Cos.

Une précaution seulement à prendre dans cette obscurité est de faire *petite* cette saignée explorative, afin de ne pas porter coup à l'organisme, et on se réglera sur le résultat.

On appelle le pouls la boussole du médecin, c'est-à-dire que les pulsations fréquentes et positivement résistantes des artères poussent à la saignée, et que le calme plat des artérioles en éloigne.

Obs. VIII, par Ambroise Paré. — « D'abôdant ne veux outre-passer que ne récite de la saignée ceste histoire, digne au chirurgien, et à tous d'estre bien notée. C'est que ces iours passez fus appelé aux fauxbourgs Saint-Germain-des-Prez, à l'image saint Michel, au logis du sire Iean Matiau, pour visiter et médicamenter vn seruiteur, aagé de vingt-huit ans ou enuiron, et de température sanguine de monsieur Douradour, l'vn des maistres d'hostels de madame l'admiralle Brion ; lequel estoit tombé la teste sur vne pierre à l'endroit de l'os pariétal, partie senestre : et au moyen du coup s'estoit fait

(1) Nuove osservazioni sulla peste bubonica in Oriente pel corso d'anni 21, dal dottore in medicina e chirurgia G. Eusebio Mino.

vne playe contuse, sans toutesfois aucune fracture d'os : par le moyen de laquelle le septième iour lui suruint fieure continue et resuerie, auec grande inflammation phlegmoneuse, causée par la lésion du péricrane, accompagnée d'vne tumeur merueilleuse de toute la teste et le col, ayant le visage merueilleusement deffiguré, ne pouuant voir n'y parler, et moins avaller aucunes choses, si elles n'estoient bien liquides. Subit voyant tels accidents, néantmoins que le iour deuant, qui estoit l'huitième iour de sa blesseure, auoit esté saigné par Germain Agace, maistre barbier au dit Saint-Germain : lequel luy auoit tiré quatre palettes de sang, et voyant les accidents si grands, et la force et vertu du patient bonne, réïtère la saignée, et lui tire quatorze palettes pour ceste fois : puis le iour suyuant, voyant que la fieure ny aucuns des accidents ne s'estoient nullement diminuez, mais plustost estoient augmentez, réïtère la saignée et luy tire de rechef quatre palettes, qui estoient vingt-deux : et le lendemain voyant encore les accidents n'estre diminuez, fus encore d'auis le resaigner, ce que n'osay le faire seul, veu la grande euacuation qu'on auoit ia faite. Et alors prie monsieur Violène, docteur régent en la Faculté de médecine, homme docte, sçauant, et de bon iugument, pour voir le patient. Lequel subit luy auoit touché le poux, le trouuant fort robuste et voyant parcillement à l'œil, la grande tumeur, et l'impétuosité et véhémence de l'inflammation, fut d'auis que promptement fust saigné : et luy ayant dit que ia on auoit tiré vingt-deux palettes, m'vsa de ces mots : esto, qu'on luy en eust tiré auantage, si est-ce qu'il luy en faut encore tirer : attendu que les deux indications principales qui nous indiquent à faire la saignée estoient présentes : à sçavoir la grandeur de la maladie présente, et la force et vertu du patient. Et donc fus bien ioyeux, et soudain lui en tire encores trois palettes en sa présence : et luy en voulois tirer d'avantage, ce qu'il remist à l'après-disnée, où ie luy en retire encore deux, qui font vingt-sept palettes, qui furent tirées au dit patient en quatre iours suiuant, et la nuist suiuante le patient repose fort bien : et le lendemain le trouve sans fieure, la tumeur grandement diminuée, l'inflammation presque toute esteinte, horsmis les paupières supérieures des yeux, et le mollet des oreilles, lesquels endroits s'apostumèrent et ietèrent assez grande quantité de boue. Et proteste qu'il fut entièrement guari, grâces à Dieu, par les remèdes : qui sans la bénédiction duquel sont du tout inutiles. Or i'ay bien voulu réciter telle histoire : afin que le ieune chirurgien ne soit timide à tirer du sang aux grandes inflammations : pourueu que principalement la force et vertu du patient soit grande : ie dy grande, parce qu'il y a des personnes que si on leur auoit tiré trois palettes de sang, on serait cause de leur oster la vie. » (*OEuvres d'Ambroise Paré, second livre; des plaies en particulier.*)

L'éloge d'Ambroise Paré est dans toutes les bouches, son buste dans le lieu le plus apparent de l'Ecole de médecine, et sa statue est dans sa ville natale. Mais ce n'est pas par des discours seulement et autres semblables démonstrations que nous devons honorer les grands hommes, c'est en marchant sur leurs traces, et ce n'est même que pour nous engager à les imiter que nous leur rendons tous ces honneurs.

Obs. IX, communiquée par le docteur Juge, membre du conseil de salubrité publique. — Sur la fin de l'an II, à l'armée d'Italie, le typhus avait étendu son funeste réseau sur toutes nos divisions et moissonné la moitié des officiers de santé. Je me trouvais seul avec un chirurgien de troisième classe pour faire face au service d'un hôpital militaire établi dans un couvent de capucins : nous redoublâmes de zèle ; mais bientôt je sentis mes forces décliner, un sentiment de tristesse s'empara de moi, je perdis l'appétit, mes nuits se passaient dans l'insomnie et l'agitation, et, chose que je n'oublierai jamais, en signant le cahier de visite du troisième jour complémentaire, je dis à mon pauvre Lambert : *Je sens que de longtemps je ne signerai de cahier de visite.* Effectivement, je m'alitai le même jour, éprouvant des alternatives de chaud et de froid, un sentiment de pesanteur à l'épigastre et et une céphalalgie des plus violentes à laquelle je n'opposai d'abord que des pédiluves et des topiques réfrigérants ; ma boisson se composait d'une limonade végétale prise à un léger degré de chaleur.

La nuit subséquente fut marquée par une inquiétude et une jactation presque continuelles, par un sommeil très-lourd et accompagné de rêvasseries fatigantes.

Le lendemain matin j'essayai de me lever, mais tout ce que je pus faire se borna à m'appuyer sur les genoux ; j'étais chancelant comme dans un état d'ivresse ; la douleur de tête était insupportable, il me semblait que la région frontale était comprimée par un cercle de fer. Me réglant sur cette sensation, sur mon oppression, sur les mouvements du cœur et sur la réaction de l'artère radiale, je priai Lambert de me faire une saignée du bras. Elle fut pratiquée à l'instant et portée à 12 onces ; nous examinâmes le sang quelques heures après sa sortie de la veine, il nous parut assez consistant et présentait sur quelques points une apparence couenneuse. Je me sentis d'abord un peu soulagé ; mais, le soir, la douleur et la pesanteur de tête ayant repris toute leur intensité, je me décidai à faire pratiquer une nouvelle saignée, qui fut également de 12 onces. A peine était-elle terminée que je tombai en syncope, et je ne repris mes sens que tout baigné de sueur. Je dormis ensuite pendant deux heures ; mais à mon réveil je me sentis comme anéanti : je prévis alors que la lutte serait longue et difficile, et comme la marche de l'épidémie régnante m'avait appris qu'après le premier septénaire le délire s'emparait généralement des malades, je réglai avec mon ami Lambert tout ce qui concernait la méthode curative à mettre en usage : en première ligne l'ipécacuanha comme vomitif, et en second lieu la prompte application aux jambes d'emplâtres vésicatoires avec entretien de la suppuration des plaies. La poudre tempérante de camphre et de nitre unis au sucre devait aussi trouver son emploi aussi bien que le petit lait vineux et acidulé ; plus tard, en se réglant sur la dynamie plus ou moins prononcée, on devait recourir à l'infusion de serpentaire de Virginie et de quinquina acidulé avec l'acide sulfurique, et

enfin aux ventouses scarifiées à la nuque et à l'application d'un vésicatoire sur les piqûres, si le délire persistait ou qu'il se présentât quelques symptômes d'encéphalite.

Aucun de ces moyens ne fut épargné, et j'avais assez heureusement passé le troisième septénaire, lorsqu'ayant essayé de me laisser glisser au bas du lit, pour ne pas déroger à mon habitude toutes les fois que j'avais un petit besoin à satisfaire, les efforts que je fis déterminèrent, je ne dis pas une hémorrhagie nasale, mais une distillation de sang qui tombait goutte à goutte et produisait sur l'épiderme de la lèvre supérieure la sensation qu'aurait produite de l'eau à la glace. Mon ami m'aida à rentrer dans mon lit. Je me sentais disposé à un doux sommeil, quand la douleur d'une piqûre au pied droit vint m'arracher à cet état de quiétude. C'était tout bonnement la veine du pied que Lambert avait ouverte dans l'idée qu'il se formait une congestion de sang au cerveau. Dès ce moment je m'évanouis, après le peu de sang que j'avais perdu mal à propos; je me sentis plus faible que je ne l'avais été jusqu'alors, ma vue surtout s'affaiblit à un tel point que je ne distinguais les objets qu'à travers un nuage; enfin, à force de soin et de prudence, j'entrai en convalescence et je me rendis à Nice, où j'appris que sur un faux rapport on m'avait porté sur le tableau nécrologique des médecins de l'armée.

Voulez-vous savoir si vous devez saigner dans la maladie aiguë qui vient de se déclarer? consultez l'idiosyncrasie du malade et les symptômes; ils sont l'expression la plus significative des besoins de l'individu. Nous nous sommes fait tirer du sang à l'invasion d'une fièvre typhoïde, parce que les symptômes nous avertissaient que nous étions attaqué dans un état de turgescence susceptible d'être modérée par une saignée générale, et que nous nous sentions dans une bonne condition; mais nous n'avons pas tiré du sang indistinctement à tous les sujets atteints de fièvre typhoïde : nous faisions la médecine de notre individu, non la médecine numérique.

Beaucoup d'officiers bien nourris, bien couchés, bien vêtus, d'une âme fortement trempée et d'une conduite régulière, supportaient la perte d'un jet de sang; peu de soldats le pouvaient. Tous nos malades étaient affectés de la même épidémie, vivaient sur le même sol, dans le même air; mais tous n'avaient pas les organes d'égale force, ne suivaient pas le même régime. L'eschare gangréneuse à la piqûre et les deux syncopes, dont l'une après une saignée intempestive et l'autre après une saignée de première fois, font voir combien il faut de tact pour ne pas rester en deçà du but ni aller au delà, pour passer sans dommage entre ces deux écueils. Cera, chirurgien de deuxième classe à l'armée d'Italie, et qui nous a donné une excellente dissertation sur la fièvre nosocomiale (1), a fait saigner avec le plus grand succès un de ses malades affecté du typhus, le quatorzième jour. C'est ainsi qu'on aurait dû se conduire envers ce jeune confrère, plein d'avenir, qui, parvenu au dix-septième jour du typhus, éprouva accidentellement une récidive présentant l'indication d'une saignée à la temporale. La maîtresse de la maison où il logeait courut lui apprendre qu'un de ses camarades venait de succomber à la même maladie. Cette nouvelle fut un coup de poignard. L'infortuné jeune homme se trouble, son imagination s'exalte de plus en plus, il passe la nuit dans un délire furieux, est à peine contenu par quatre hommes qu'on avait eu la précaution de placer auprès de lui. Le lendemain, vers six heures de l'après-midi, notre camarade parut plus calme, et les gardes saisirent ce moment pour aller prendre un peu de repos. Mais dès que le malade se vit seul, il sortit de son lit, tira son sabre du fourreau, et appuyant la pointe sur le creux de l'estomac, il se l'enfonça à une grande profondeur; les gardes, en rentrant dans sa chambre, le trouvèrent noyé dans son sang et rendant le dernier soupir.

Son corps fut ouvert et l'autopsie démontra, entre autres désordres, une inflammation de l'arachnoïde caractérisée par l'injection et l'opacité de cette membrane. Les vaisseaux qui formaient le plexus choroïde étaient gorgés de sang et d'un volume extraordinaire.

Obs. X, communiquée par le docteur Brousseau, ex-chirurgien de première classe à l'expédition de Saint-Domingue, actuellement rue Coquillière, n° 42, à Paris. — Après quinze mois de sejour au Cap de Saint-Domingue, je fus atteint de la fièvre jaune, à l'âge de vingt-quatre ans, n'ayant commis aucun excès. Son développement primitif frappa le cerveau d'une manière si intense, que six heures après l'invasion, malgré un pédiluve sinapisé, un lavement émollient et une boisson tamarindée, la céphalalgie prit le caractère le plus violent. Il me semblait que la boîte osseuse allait éclater; les yeux et les paupières se tuméfièrent et se gonflèrent de sang à tel point qu'à grand'peine je pouvais distinguer les objets. Je résistai impérieusement à la volonté du médecin qui s'opposait à ce qu'on me saignât, et je me fis ouvrir une veine au pied. Presque aussitôt que le sang jaillit dans l'eau, j'éprouvai une syncope qui m'obligea de me remettre au lit. Vingt minutes après cet accident, il me vint en pensée que, n'ayant jamais été saigné, la syncope était sans doute l'effet du saisissement; et, mon mal de tête persistant avec la même fureur, je me fis remettre les jambes dans l'eau pour réprimer la turgescence par un second jet de sang : je ne pus rester que dix minutes dans le bain. On m'en retira cette fois si faible, que je ne pouvais ni parler, ni donner le moindre signe de connaissance, et pourtant j'entendais tout ce qui se disait autour de moi, entre autres, ce propos du médecin : *C'est un homme mort; que je suis fâché de l'avoir laissé saigner!*

Huit heures après la répétition de la saignée, la piqûre se gangrena; à minuit je me sentis défaillir comme si j'allais mourir, et mon domestique s'empressa de me donner, sur ma demande, un peu de vin de Bordeaux qui me procura un sommeil réparateur de quatre heures. A mon réveil, je me fis

(1) Cum autem rarissimus quidem, iste occurrit casus, qui ad phlebotomiam compulit, etiam post decimam quartam diem cruor reverà tenax, glutine abductus, ac si adductus esset ab initio morbi apparuit, ac symptomata remiserunt. (Sebast. Cera, De febre nosocomiali; Ticini, 1792.)

porter à l'air du dehors pour y jouir de la fraîcheur, toujours si agréable le matin ; je me regardai dans le miroir et je vis que mes conjonctives étaient jaunes ; elles restèrent longtemps à s'éclaircir ; le reste du corps n'avait rien de cette teinte. Ma tête était dégagée, et je n'eus plus qu'à régler mon régime. L'eschare de ma saignée fut longtemps à se détacher, et l'ulcère plus longtemps à se cicatriser. Si les veines des pieds n'eussent pas été larges et distendues, je me serais fait saigner au bras, parce que je voulais avant tout perdre du sang par un jet rapide.

Obs. XI, communiquée par le docteur Dubos, chirurgien sous-aide major à l'hôpital militaire de la rue Blanche.—Dans la matinée du 28 décembre 1835, un jardinier du cimetière Montmartre, au milieu d'une discussion vive, animée encore par quelques verres de vin, fut pris tout à coup de symptômes nerveux assez graves. Appelé près du malade une heure environ après l'accident, je le trouvai dans un état d'agitation extrême, repoussant par des mouvements convulsifs les amis qui cherchaient à le retenir sur son lit.

1° Respiration difficile, entrecoupée ; le malade, à travers mille propos incohérents, accuse un étouffement pénible. La poitrine résonnait bien dans toute son étendue et faisait entendre un râle muqueux distinct dans les premières divisions des bronches.

2° Les artères du poignet et de la tempe battaient avec force et vitesse, et les artérioles du sinciput faisaient sentir des pulsations.

3° Face violette, yeux injectés, céphalalgie.

4° Veines du pli du bras larges et distendues.

Il avait des envies de vomir et de la soif.

L'indication était positive ; mais, à la première proposition d'une saignée, le malade s'y refusa absolument et prétendait avoir eu à s'en plaindre quelques années auparavant. On fut obligé de lui ouvrir la veine par force. Au premier jet de sang sa fureur tomba tout à coup ; à mesure que le fluide s'écoulait, la respiration devenait plus libre, la tête moins douloureuse ; alors le malade reconnut les amis qui étaient autour de lui, s'enquit des circonstances de l'accident qu'il avait éprouvé, et, ressentant un mieux notable d'instant en instant, il demanda lui-même que l'émission sanguine fût prolongée. Près de cinq palettes furent tirées, et, la veine fermée, l'homme ne se plaignit que de lassitude et de brisement de tous les membres. Une potion antispasmodique fut prescrite, à prendre par cuillerées d'heure en heure, et la limonade pour boisson. Le soir, je le trouvai dans un état très-satisfaisant ; la tête était entièrement dégagée, la respiration facile, la région de l'estomac à peine sensible ; pourtant la soif restait assez vive encore, la langue un peu plus rouge que dans l'état normal. (Même prescription, demi-lavement avec décoction de son et de pavots.)

Le lendemain matin il était parfaitement rétabli ; son sommeil, presque toujours inquiet depuis quelques mois, avait été très-calme. Plus de soif, plus de sensibilité dans l'estomac ; rien qu'un appétit qu'il se disposait à satisfaire. Dès lors je n'eus plus qu'à lui donner quelques conseils sur le régime.

On appelle le pouls la boussole du médecin, c'est-à-dire que les pulsations fréquentes et positivement résistantes des artères avec les battements sensibles des artérioles superficielles poussent à la phlébotomie, au lieu que la non-résistance des artères et le calme plat des artérioles en éloignent. Interrogez donc les artères et les artérioles. Celles-ci, qui se font à peine sentir au sommet de la tête, aux angles internes des yeux, battent-elles avec force, il y a du trop plein, saignez avec la précaution de toucher les artères radiales, pendant que le sang coule, et enlevez la ligature dès que le jet s'arrête. Les artérioles ne se font-elles point sentir aux doigts, gardez-vous de saigner ; la circulation du sang languit.

Obs XII. — Le 10 janvier 1837, on transporta à l'hôpital militaire de Lyon, sur un brancard, par un froid très-rigoureux, un lieutenant d'infanterie qui vomissait le sang ; un chirurgien aide-major l'accompagnait pour fournir les renseignements. Je visitai le malade vers les quatre heures de l'après-midi, au moment où l'on venait de le coucher dans la salle des officiers.

Homme âgé de quarante-deux ans, habitué au service militaire, un peu replet, à chairs fermes ; vie régulière. Il vomissait depuis quatre jours un sang veineux, et ses lèvres en étaient encore souillées. Veines du pli du bras flasques, air inquiet et n'exprimant pas la douleur ; chaleur vive à la tête, mais point de battements artériels sensibles à la main appliquée sur le sinciput ; pieds froids, épigastre douloureux au toucher ; pouls fréquent, assez développé, mais facile à éteindre ; réponses par monosyllabes et d'une voix défaillante ; respiration tout à fait libre ; décubitus obligé sur le dos. Une hématémèse semblable avait eu lieu quatre ans auparavant, et le malade s'en était rétabli par la diète et le repos, pendant qu'il faisait usage de l'eau de Seltz. Cette fois, on avait attendu inutilement le résultat de cette médication. Cet officier était sujet à un flux hémorrhoïdal et n'avait jamais été saigné. (Trois ventouses sèches sur l'abdomen à la région épigastrique, cataplasmes très-chauds saupoudrés de moutarde autour des pieds, limonade gazeuse à prendre par gorgées, élévation de la tête sur des oreillers, éloignement des assistants inutiles, silence et immobilité pendant les deux premières heures.) Survient le médecin en chef, qui se charge du malade et ordonne deux saignées du bras, l'une de 12 onces sur-le-champ, et l'autre de 8 onces quelques heures après.

A peine le phlébotomiste avait-il tiré 6 onces, qu'une syncope formidable l'oblige de fermer la veine et de remettre à un autre temps le complément de la saignée prescrite. Cependant le danger devient plus pressant de moment en moment, et à huit heures le médecin déconcerté consulte avec son collègue le chirurgien en chef de l'hôpital. On applique des sangsues, des ventouses scarifiées ; à onze heures l'officier avait cessé de vivre. Les sangsues mordaient encore.

Autopsie. L'intestin duodénum était rempli de sang, sa membrane muqueuse était remplie de sang veineux, et sa rougeur étendue jusque sur le grand cul-de-sac de l'estomac contrastait avec l'autre

partie du viscère, de pâleur naturelle ; poumon à l'état sain.

Rien ne rafraîchit le sang comme d'avoir su éviter de faire une faute. (Labruyère.)

Lorsqu'en 1832 je pris le service médical de l'hôpital militaire de la rue Blanche (succursale du Val-de-Grâce), j'eus à vaincre, pour accréditer la saignée déplétive, des préventions de plus d'une sorte. Médecin d'un nom et d'un grade obscurs, j'avais à changer les idées préconçues de jeunes gens, la plupart docteurs, tous lauréats des hôpitaux militaires d'instruction et disciples de professeurs célèbres par leurs écrits, par l'éclat de l'enseignement ; mais les faits venaient s'offrir et parlaient éloquemment pour moi à l'esprit de jeunes confrères qui, faute d'expérience personnelle, ne pouvaient jurer que sur la parole du maître. Témoins et auteurs des cures journalières obtenues par leur lancette, ils avaient vu dans d'autres hôpitaux le germe de phlegmasies intenses résister aux saignées locales. Médecins et chirurgiens cliniques, nous avons tous, à l'envi, fait de la saignée jaillissante et déplétive la base du traitement de la fluxion de poitrine épidémique. Nous avons vu ensemble que la bonne conduite et l'heureuse issue de la maladie dépendaient de la première éducation que le phlébotomiste lui avait donnée ; il ne restait plus à obtenir que leur conviction pour faire entrer dans leur libre pratique l'indication précise de la phlébotomie sur la coïncidence des trois symptômes d'Anaxion, qui sont : intensité de la maladie, vigueur de l'âge et force actuelle du malade. J'ai fait cette conquête, et je suis d'autant plus satisfait de l'assentiment de mes collaborateurs à la doctrine hippocratique, que je ne le dois pas à leur obséquiosité.

Les soldats de la garnison de Paris sont des hommes dans la vigueur de l'âge et bien constitués, puisque l'on s'assure de leur état physique avant de les envoyer dans la capitale, où le service est très-pénible. Tous sont soumis aux mêmes règles hygiéniques, conduits à l'hôpital dès la première atteinte morbide, et traités avec les mêmes soins ; après six mois de séjour à l'hôpital, ceux qui ne sont pas guéris sont réformés ou envoyés en convalescence au sein de leur famille. Les soldats ont beaucoup souffert de la fluxion de poitrine pendant les mois de novembre et décembre 1834, janvier et février 1835. J'ai fait saigner du bras un très-grand nombre de ces malades, tandis qu'au Val-de-Grâce on ne faisait guère usage que des sangsues. Eh bien ! qu'est-il arrivé ? Le 19 janvier 1835, à l'issue de ma visite, en présence du directeur, M. Merville, et du chirurgien-major de l'hôpital militaire de la rue Blanche, M. Gimelle, actuellement chirurgien-major à l'hôtel des Invalides, le chirurgien-major du 45e régiment, en garnison à Paris, m'a dit : « Je « viens vous remercier des soins que vous donnez « aux soldats de mon régiment ; il en est mort cin- « quante-deux au Val-de-Grâce et deux à la rue « Blanche dans le même espace de temps. En con- « séquence, tous mes malades veulent être traités « par vous, et pour les satisfaire j'ai demandé la « permission de les diriger sur votre hôpital. »

Revenu de mon étonnement, je me suis rappelé le motif qui portait le docteur Froger, chirurgien-major des sapeurs-pompiers, à diriger (il me l'a dit) tous ses malades, si souvent attaqués de fluxion de poitrine, à cause de la nature de leurs fonctions, sur l'hôpital militaire de la rue Blanche.

Au camp de Montreuil-sur-Mer, lors de la descente projetée en Angleterre, quelques officiers du 9e régiment d'infanterie légère imaginèrent de tendre un piége, *jocandi causâ*, à leur chirurgien-major, nouvellement reçu au corps. Un soldat tout essoufflé, éperdu, entre dans ma barraque et me dit de venir vite saigner son capitaine, qui souffre horriblement et va peut-être mourir. J'arrive et je vois le patient blotti dans son lit ; il s'agite, frissonne, étouffe, crie et demande du secours. Ses amis, rangés autour de lui, sont silencieux et consternés. On dirait qu'ils assistent déjà à ses funérailles. Depuis quand êtes-vous malade ? — *La douleur vient de me prendre tout d'un coup.* — Où est votre mal ? — *Partout ; saignez-moi vite.* Je touche la tête : les artérioles du sinciput, des tempes, des angles internes des yeux, battent à l'état normal ; les artères de l'un et de l'autre poignet n'ont pas trop de force ni de fréquence. *Saignez moi, docteur, je veux être saigné ;* et, se mettant sur son séant, il me présente une bande, en même temps que le soldat avance, une gamelle sous le bras. J'examine les veines du bras, je percute la poitrine et palpe le bas-ventre. *Docteur, je vous en supplie, il n'y a que la saignée qui puisse me soulager, me sauver la vie ;* et il tire la langue. — Oui, mon capitaine ; pour le moment (je lui montre mes lancettes), buvez de l'eau fortement sucrée par gorgées. — *Est-il possible, pour des douleurs qui me brûlent, qui me déchirent les entrailles ?* — Allons, mon cher capitaine, un peu de patience ; il n'y a pas de péril dans la demeure ; je reviendrai dans deux heures, et si vous n'êtes pas mieux, alors... comme alors... A ces derniers mots, tous les assistants partent d'un éclat de rire qui entraîne le pseudo-malade, et le docteur fut glorifié.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

2. *Etudes sur le chyle;* par F. Bouisson, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

(Suite : voir Encycl., t. 143, juillet 1844, p. 11.)

(Gazette médicale de Paris, n° 27.)

II. — *Du chyle abandonné à lui-même hors de ses vaisseaux.*

Lorsque le chyle est extrait de ses vaisseaux et qu'il subit le contact de l'air, deux phénomènes très-apparents ne tardent pas à se manifester : sa coagulation et sa coloration en rouge.

1° *Coagulation.* Elle a pour résultat la transformation du chyle en une masse solide, molle, tremblotante comme de la gelée, qui adhère aux parois du vase où le chyle a été reçu, et qui subit après quelques instants une réaction assez marquée ; en même temps la masse coagulée laisse suinter une portion liquide et trouble, d'une nuance blanchâtre et qui persiste à l'état liquide. Il en résulte le *sérum* et le *caillot.* Lorsque la quantité du chyle qu'on examine est très-faible ; le caillot ne se resserre pas assez pour exprimer le sérum, il ne prend d'ailleurs qu'une consistance très-faible; en sorte que si l'on n'observe pas très-attentivement ce qui se passe, le chyle ne paraît pas avoir subi de changement. Si l'on n'en dépose qu'une gouttelette sur une lame de verre, l'illusion est plus facile encore, parce que l'évaporation prompte de la partie séreuse la réduit bientôt à une sorte de croûte blanchâtre. C'est sans doute pour n'avoir examiné que de faibles quantités de chyle que M. de Blainville a été conduit à affirmer qu'il n'avait jamais observé la séparation spontanée de ce liquide en sérum et en caillot.

Le temps nécessaire pour que le sérum se coagule varie suivant diverses circonstances. Le contact de l'air paraît être une condition favorable au rapide accomplissement de ce phénomène. En effet, lorsque le chyle est laissé dans le canal thoracique, il reste plusieurs heures sans se coaguler. Je l'ai vu parfaitement liquide chez l'homme 24 heures après une mort violente ; mais il se coagula assez promptement après son extraction du canal thoracique. Le chyle différerait donc sous ce rapport du sang, qui généralement se coagule dans les vaisseaux après la mort. Environ six ou huit minutes après qu'on l'a recueilli, le chyle se prend en une gelée molle, que Brande avait comparée à la partie caséeuse du lait. Si on incline la surface sur laquelle la liqueur animale a été déposée, rien ne s'écoule et la masse ne se déforme que faiblement ; mais un quart d'heure après, l'aspect gélatiniforme fait place à une apparence fibrineuse, le caillot se dessine et le sérum suinte de sa partie inférieure, qui en est surtout infiltrée. Si on soulève alors le coagulum, la partie aqueuse s'écoule en abondance. Le caillot retient néanmoins dans ses interstices une proportion de sérum que son resserrement naturel ne peut chasser, mais dont on le débarrasse par la pression et surtout en l'exprimant à travers un linge.

L'abaissement de température active encore la séparation du caillot et du sérum. Si l'on maintient la chaleur naturelle du chyle en échauffant la cupule qui doit le recevoir, la décomposition est notablement retardée ; il est à présumer que la chaleur animale dans les parties centrales du corps continue à maintenir le chyle longtemps fluide dans le canal thoracique. C'est pour une raison du même genre que la coagulation s'effectue plus tardivement par un temps chaud que pendant l'hiver.

Le chyle est d'autant plus coagulable qu'on le recueille plus près du point où il se déverse dans la veine sous-clavière. Celui qui provient d'une alimentation de nature animale se prend en caillot plus promptement que celui qui provient de l'ingestion d'aliments végétaux. Il est encore d'autres conditions qui peuvent accélérer ou retarder le phénomène de la coagulation. Celle-ci est plus rapide dans le gaz oxygène, est plus lente dans le gaz hydrogène sulfuré d'après Burdach. On peut la retarder ou l'empêcher en mélangeant le chyle avec une solution alcaline au moment où on vient de le recueillir.

Le *caillot* est d'abord mou, visqueux et facile à déchirer ; mais il se condense peu à peu et prend alors une consistance et une élasticité remarquables, qui nous ont paru presque aussi grandes que celles du caillot sanguin, quoique la plupart des auteurs émettent une opinion contraire. Si l'on isole le caillot du sérum, qu'on le lave pour enlever la matière colorante qui s'est formée au contact de l'air, et qu'on le prive en grande partie de l'eau dont il est pénétré, il présente un aspect gris-blanchâtre intermédiaire à la coloration de la fibrine lavée, qu'on obtient du caillot sanguin, et à celle de l'albumine coagulée. Il se maintient alors assez longtemps avec les qualités qui lui sont propres, et se dessèche sans se putréfier si sa masse n'est pas trop considérable. Si, au contraire, on le laisse dans le sérum, il perd sa cohésion au bout d'un certain temps et finit par se redissoudre à peu près complétement. Le caillot du chyle se dissout plus promptement dans l'acide hydrochlorique au degré de l'ébullition ; il est également soluble dans l'acide acétique et les alcalis par le concours de la chaleur. Sa pesanteur spécifique est supérieure à celle du sérum, bien que, dans les premiers moments de la coagulation, il occupe la superficie de la masse totale du liquide. Cette particularité tient à ce qu'il adhère aux parois de la cupule, principalement par son limbe; aussi paraît-il un peu excavé à sa partie centrale, avant qu'on l'ait détaché ou qu'il ait cessé d'adhérer spontanément. Soumis à l'action du feu, il brûle avec lenteur, répand une odeur de corne et laisse un charbon spongieux, difficile à incinérer, ainsi que l'a remarqué Vauquelin.

Le *sérum* est rarement limpide ; plus souvent il est lactescent, opalin, et ne devient clair que lorsqu'il a été traité par l'éther. Sa lactescence est due, conformément à l'opinion de tous les observateurs,

à la présence d'une matière grasse divisée en particules très-déliées et qui font du chyle une espèce d'émulsion. Cette matière peut être enlevée soit par l'alcool, soit par l'éther. Lorsque le sérum est recueilli à part et abandonné au repos, sa surface prend un aspect particulier et se recouvre d'une pellicule très-déliée que l'on a comparée à celle qui se forme à la surface du lait, mais qui est moins épaisse et moins cohérente. Cette couche superficielle n'est autre chose que la matière grasse qui se rassemble à la partie supérieure en raison de sa légèreté. Nous ne l'avons pas constatée dans tous les cas; sa formation est évidemment plus prononcée dans le chyle qui sort des vaisseaux lactés que dans celui du canal thoracique, soit que la matière grasse diminue réellement à mesure que le chyle s'avance vers sa destination, soit que la quantité proportionnelle paraisse moindre en raison de l'augmentation de la fibrine. Le sérum est plus pesant que l'eau; sa viscosité légère lui permet d'empeser le papier et le linge. Il a une saveur alcaline assez prononcée, verdit les couleurs bleues végétales et ramène au bleu le papier de tournesol rougi. La chaleur, les acides et l'alcool en précipitent un coagulum blanchâtre de nature albumineuse. Ce coagulum desséché prend une teinte rougeâtre; il devient en même temps transparent et présente une cassure lisse et comme vitreuse. D'après Burdach, une partie de ce résidu se dissout dans l'alcool, une autre dans l'eau, tandis qu'une troisième résiste à l'action de ces deux menstrues.

La proportion du sérum et du caillot du chyle est loin d'être constante; elle reçoit une influence marquée de la nature des substances alimentaires et des espèces animales; elle paraît même subordonnée à des influences individuelles, à l'énergie plus ou moins grande de la force digestive. On observe entre ces deux éléments principaux du chyle la même différence qu'entre les éléments correspondants du sang, dont la proportion varie suivant les conditions où se trouve placé l'organisme. D'après Marcet, la proportion du caillot au sérum chez les chiens nourris de substances végétales était depuis 480 : 9520 jusqu'à 780 : 9220; elle était depuis 740 : 9260 jusqu'à 950 : 9050, après l'usage des substances animales : selon Prout, dans ce dernier cas, la proportion du caillot était à celle du sérum : : 1080 : 8920. Chez des chiens alimentés avec des végétaux, elle n'était plus que : : 640 : 9360.

Il résulte de ces données que l'alimentation animale fournit plus de caillot que l'alimentation végétale, ce qui est en harmonie avec l'expérience hygiénique la plus vulgaire. Mais des résultats contradictoires ont été obtenus plusieurs fois sur ce point et montrent la part qu'il convient de faire aux conditions d'individualité. On n'a calculé que d'après un facteur du produit à rechercher, et l'on a oublié qu'une foule de circonstances agissaient pour modifier le résultat. Ainsi les expériences de Krimer l'ont conduit à des conclusions opposées à celles de Marcet et de Prout. Dans les essais de Tiedeman et Gmelin, on a observé aussi des résultats non identiques. Ces expérimentateurs disent qu'une nourriture de bonne qualité augmente moins le caillot proprement dit que le résidu solide du sérum. Toutes ces différences tiennent sans doute aux incertitudes des procédés d'expérimentation, mais elles tiennent encore plus à la variabilité des causes qui agissent sur le sujet de l'expérience; en effet, l'alimentation seule ne détermine pas nécessairement telle proportion des matériaux du chyle, car les organes n'agissent pas toujours de la même manière sur les mêmes aliments. Les vrais physiologistes savent que l'inconstance des résultats est un des caractères les plus réels des actes vitaux. Ainsi, pour nous restreindre dans l'exemple qui nous suggère ces réflexions, tel genre d'alimentation donne lieu habituellement, mais non nécessairement, à tel chyle riche ou pauvre en caillot; le fait exceptionnel, mais possible, c'est que l'alimentation végétale donne un caillot considérable, comme l'a vu Krimer; le fait ordinaire, celui qu'on doit vérifier le plus fréquemment, c'est que l'alimentation animale donne une proportion plus considérable au caillot. Aussi Marcet et Prout, en arrivant à cette dernière conclusion, ont-ils énoncé une vérité générale et pratique que MM. Leuret et Lassaigne sont encore venus confirmer, en établissant de nouveau que la quantité de fibrine est plus considérable dans le chyle des animaux carnivores que dans celui des herbivores.

2° *Coloration en rouge.* Ce phénomène, qui se prononce dans le chyle lorsqu'il subit le contact de l'air, indique, ainsi que le précédent, une grande analogie entre ce liquide et le sang. La couleur rouge du chyle ne se manifeste pas instantanément; elle ne se montre qu'après quelques minutes et lorsque la coagulation est elle-même en voie d'accomplissement. Il est inutile d'insister sur la réalité du phénomène; quoiqu'il ait passé inaperçu à quelques expérimentateurs, quoique Muller lui-même dise l'avoir rarement constaté, une foule de physiologistes ont pu vérifier cette intéressante observation sur laquelle Elsner a le premier appelé l'attention. Les parties les plus superficielles du chyle sont les premières qui prennent la couleur rouge; si l'on n'examine qu'une goutte isolée de ce liquide, c'est la périphérie qui d'abord se colore de la manière la plus prononcée; mais peu à peu toute la masse se pénètre de la même nuance et finit par être uniformément colorée. Les nouvelles condition physiques dans lesquelles le chyle est placé par le fait de sa coagulation exercent une influence sur la rapidité et l'intensité de sa coloration. Quand le chyle est coagulé en masse et que le caillot retient encore le sérum dans ses mailles, le phénomène est peu prononcé; mais lorsque le retrait du caillot exprime le sérum, ou qu'on isole artificiellement ces deux éléments, alors le caillot prend une couleur assez vive. Si on le divise en plusieurs fragments, de manière à offrir une grande surface à l'action de l'air, sa coloration est manifestement plus rapide, ainsi que nous l'avons plusieurs fois observé.

C'est donc particulièrement dans le caillot que le principe colorant paraît se fixer ou se développer; le sérum conserve son apparence lactescente ou du moins ne la perd que faiblement; mais le caillot qui, en se formant, emprisonne la plus grande partie des globules que nous verrons bientôt exister dans le chyle, se modifie graduellement au contact

de l'air. Il revêt d'abord la nuance rosée, passe bientôt au rouge, et enfin, dans quelques circonstances, il prend une couleur écarlate comparable à celle des stries sanguines vermeilles qui accompagnent les crachats dans certaines affections pulmonaires. Le caillot chyleux coloré se comporte d'ailleurs comme le caillot sanguin. On peut le laver et le dépouiller ainsi de sa matière colorante qu'il ne reprend pas de nouveau au contact de l'air, ce qui prouve que les conditions matérielles qui favorisent cette action chimique sont bornées et ne tiennent pas à toute la masse du caillot. L'eau colorée par la matière rouge du chyle ne tarde pas à l'abandonner lorsqu'elle est en repos. Celle-ci forme un sédiment léger que les acides détruisent, au rapport de Reuss et d'Emmert.

Tiedemann et Gmelin, E. Burdach et quelques autres ont vu le chyle se coaguler plus promptement dans le gaz oxygène et y prendre une vive couleur de carmin ; il avait absorbé pendant ce changement 0,62 de son volume de gaz, suivant les premiers observateurs. Plongé dans le gaz acide carbonique, le chyle en absorbe encore une partie et prend une teinte brune. Cette action est moins prononcée dans l'azote. L'hydrogène sulfuré lui donne une couleur verdâtre. Krimer n'a pas obtenu des résultats parfaitement identiques à ceux que nous venons d'indiquer, sous le rapport de la coloration ; mais il a précisé dans ses expériences le phénomène de l'absorption et de l'exhalation des gaz mis en rapport avec le chyle. Celui-ci, plongé dans de l'acide carbonique et retiré après vingt secondes, exhalait ce gaz et absorbait de l'oxygène sous l'influence duquel la couleur rouge se manifestait.

Le développement de la coloration dont nous venons de signaler les principaux détails n'a pas lieu seulement lorsque le chyle est extrait de ses réservoirs. Les premiers expérimentateurs qui ont fait une étude spéciale de ce liquide ont parfaitement reconnu que sa couleur lactescente se nuançait d'une teinte rosée à mesure qu'on observait le chyle plus près de l'embouchure du canal thoracique. Eslner, Hallé, Reuss et Emmert, Vauquelin, Authenrieth et Werner, Tiedemann et Gmelin s'accordent sur la réalité de ce fait dont la cause a suggéré des explications très-différentes.

Thomas Bartholin, interprétant l'observation d'Elsner qui lui était transmise par Hannemann, conjectura que le chyle avait été rougi soit par la putréfaction, soit par du sang reflué des veines. Cette dernière explication, reproduite récemment par MM. Gruby et Delafond, ne peut être acceptée, car on sait que les valvules placées à l'embouchure du canal thoracique lui servent exactement d'opercule et empêchent que le sang ne puisse refluer dans ce canal. Quant à la putréfaction, il est évident qu'elle ne prend aucune part à la rubéfaction du chyle, puisqu'on observe celle-ci immédiatement après la mort et même pendant qu'il existe encore des manifestations vitales.

Reuss et Emmert attribuaient à l'action des ganglions mésentériques la production de la matière colorante rouge du chyle. Burdach a présenté la même opinion avec les considérations suivantes. D'après lui, ces organes sont très-riches en artères, et le sang que ces vaisseaux contiennent peut abandonner au chyle, à travers les parois des lymphatiques, l'oxygène qu'il tient lui-même en dissolution. Il se passe dans les ganglions quelque chose d'analogue à ce qui arrive dans la matrice. Dans l'un comme dans l'autre cas, le sang artériel exerce une influence assimilatrice, en produisant par un échange de substances, qui a lieu à travers les parois vasculaires, une action pareille à celle de l'air atmosphérique. Sans discuter la nature de l'action des ganglions mésentériques sur laquelle nous aurons à revenir plus tard, on ne peut leur attribuer la création de la matière colorante et son introduction dans le chyle ; car il faudrait au moins que l'on observât la coloration rosée de ce liquide dans la partie du canal thoracique la plus voisine ; or nous avons déjà vu que ce n'était que près de la terminaison de ce canal que l'on avait constaté la teinte rosée naturelle du chyle.

Tiedemann et Gmelin ont admis d'autres causes pour rendre compte de ce phénomène. D'après eux, la matière colorante rouge ne peut provenir que de deux sources : ou elle est formée par la digestion aux dépens des aliments, ou elle est sécrétée du sang artériel par divers organes glanduleux, tels que les ganglions mésentériques et la rate, d'où elle est versée dans le système lymphatique. Les faits s'élèvent contre la première hypothèse, disent-ils, et appuient la seconde, puisque c'est surtout au moment où la lymphe rougeâtre de la rate va aboutir dans le canal thoracique, que le chyle se colore. Ils ajoutent que, d'après leurs expériences, le chyle contient d'autant moins de matière colorante que l'animal dont on l'obtient a été mieux nourri, et que plus les voies que parcourt le chyle sont distendues par ce liquide, moins la teinte rosée s'y manifeste, parce que le canal thoracique reçoit alors peu de lymphe splénique, tandis que chez les animaux qui ont jeûné, le chyle est rougeâtre ou jaune-rougeâtre. Nous ne saurions partager l'opinion exprimée par Tiedemann et Gmelin, car on peut contester l'exactitude de leurs observations et établir à meilleur droit des propositions opposées. En effet, l'influence d'une bonne nourriture, c'est-à-dire d'une nourriture mixte à prédominance fibrineuse, nous a paru s'exercer sur le chyle de manière à augmenter plutôt qu'à affaiblir son aptitude à la rubéfaction ; d'une autre part, si après l'abstinence le liquide contenu dans le canal thoracique paraît rouge, on ne peut tirer aucune conclusion quant au chyle, car on obtient alors de la lymphe pure, et les expériences de Collard de Martigny ont démontré que le jeûne a pour premier effet d'augmenter l'action générale du système lymphatique jusqu'au point de favoriser la pénétration de la matière colorante du sang dans ses vaisseaux. Enfin, l'action attribuée à la lymphe de la rate est assurément exagérée, car cette lymphe n'est pas constamment chargée de matière colorante, ainsi que Rudolphi, Seiler et autres s'en étaient déjà assurés. La lymphe splénique est ordinairement transparente, et nous pensons qu'elle ne se montre rouge que lorsque la rate est elle-même le siége d'un afflux sanguin considérable.

Le côté défectueux de ces diverses explications,

c'est de ne tenir aucun compte de l'influence des aliments pour la production de la partie cruorique du chyle. L'hématozine, dont le fer est la base, provient des aliments et fait partie intégrante du chyle dès sa formation ; mais elle est à l'état incolore et la teinte rouge ne se manifeste que graduellement. Celle-ci n'est sensible que lorsque la diminution de la matière grasse, dont nous aurons plus tard à déterminer les modifications, permet d'apercevoir la coloration rosée, jusque-là voilée par la prédominance de la teinte laiteuse. Le développement de la coloration se complète plus tard par le mélange du chyle avec le sang et par l'action que l'air exerce sur les globules chyleux à travers les capillaires pulmonaires. Cette action, que les phénomènes de la respiration mettent en évidence, est d'autant plus admissible que l'action de l'air se montre évidente même à travers les parois du canal thoracique. Lorsque celui-ci est mis à découvert, le chyle qu'il renferme rougit, et si après l'avoir retenu dans le canal par une ligature placée vers sa terminaison, on lui donne issue après quelques heures, il est sensiblement coloré au moment où il s'écoule. Pour nous assurer davantage que l'action de l'air s'exerce à travers les parois du canal thoracique, nous avons circonscrit par des ligatures une certaine quantité de chyle dans la partie moyenne du canal, et après avoir détaché celle-ci, nous l'avons plongée dans un flacon renfermant de l'oxygène pur ; la coloration rouge-carmin n'a pas tardé à se montrer. Monro avait déjà remarqué que lorsque les viscères d'un poisson vivant sont demeurés exposés à l'air libre par l'ouverture de la cavité du corps, la partie supérieure du canal thoracique renferme un liquide rouge.

III. — *Des caractères microscopiques du chyle.*

L'examen microscopique du chyle n'a pas été fait d'une manière aussi minutieuse que celui du sang ; néanmoins il existe à ce sujet beaucoup de confusion et d'incertitudes. MM. Gruby et Delafond ont été jusqu'à dire qu'on ne rencontrait dans le chyle aucun des globules signalés par les physiologistes. On comprend qu'il eût été impossible d'arriver à une conviction personnelle en se bornant à choisir, parmi les données rassemblées par les expérimentateurs, les points les plus concordants ou les plus vraisemblables. L'observation directe était le seul moyen de sortir du dédale des opinions ; nous nous sommes efforcé d'en combiner les résultats avec ceux qui étaient déjà inscrits dans la science.

Pour examiner le chyle au microscope, il convient de prendre quelques précautions. Si on veut l'observer avant qu'il ait subi les changements spontanés dont nous avons parlé, il faut chauffer, à une température de 35 degrés environ, le verre qui doit être placé sous le microscope et délayer le chyle dans une goutte d'eau élevée à la même température. Si l'on néglige cette précaution, la gouttelette chyleuse se coagule, se prend en masse, et il devient impossible de reconnaître la constitution intime du fluide. Un plus long délai change encore plus les apparences ; la partie réellement liquide s'évapore, et le microscope ne fait alors découvrir qu'une couche blanchâtre, demi opaque, fendillée en divers sens. On peut encore attendre, pour examiner le chyle, qu'il se soit décomposé en sérum et en caillot, et soumettre chacune de ses parties à un examen isolé. L'eau qui sert à étendre le chyle n'en altère pas sensiblement les éléments ; mais ceux-ci disparaissent ou se déforment par l'emploi de quelques réactifs dont le microscope peut constater le mode d'action. Un grossissement compris entre 250 et 400 diamètres suffit pour faire apercevoir nettement les molécules suspendues dans le chyle.

L'aspect microscopique du chyle varie suivant la partie de son trajet où on le recueille. Celui que l'on obtient de la région moyenne du canal thoracique renferme tous les genres de corpuscules qu'on peut y reconnaître ; aussi l'avons-nous choisi pour type de notre description, en ayant soin d'indiquer en quels points des voies chylifères prédominent spécialement tels ou tels des éléments microscopiques.

On découvre deux sortes de corpuscules en suspension dans une goutte de chyle : les uns sont irréguliers, les autres affectent une forme arrondie.

1° Les *corpuscules irréguliers*, signalés pour la première fois par Bohn, Asch et Berger, sont formés par de la matière grasse, ce que l'on démontre à l'aide de l'éther, qui les dissout et les dépose en s'évaporant sous forme de gouttelettes huileuses. On les remarque surtout dans le sérum du chyle où leur présence est quelquefois si prédominante que certains observateurs ont admis leur existence exclusive. On peut croire du moins qu'il en a été ainsi pour M. de Blainville, qui ne signale dans le chyle que des grumeaux. Les corpuscules adipeux occupent ordinairement la superficie de la goutte de liquide que l'on examine. Pour les bien distinguer des autres éléments microscopiques, il faut d'abord placer la surface de la goutte à la distance focale qui rend les objets distincts ; on les reconnaît alors parfaitement ; mais si, à l'aide de la vis de rappel du porte-objet, on rapproche davantage la goutte, son fond est mis à la distance focale, et l'on observe de nouveaux corpuscules qui diffèrent des premiers par des caractères bien tranchés que nous examinerons bientôt.

Les corpuscules adipeux ont une forme indéterminée ; ils sont dépourvus de noyaux ; leur volume est variable. Ils forment quelquefois des grumeaux cohérents ; plus souvent ils sont libres et ressemblent à des taches grisâtres mobiles. En examinant le sérum à un grossissement très-considérable, on apprécie plus exactement les différences de volume des corpuscules adipeux ; les uns forment ces plaques irrégulières et superficielles signalées par la plupart des observateurs ; les autres se présentent à un état de division extrême et semblables à des grains de poussière très-ténue ; ils produisent l'impression de taches punctiformes d'une coloration plus foncée que les corpuscules volumineux. Ces derniers ont été à peine signalés, soit qu'on les ait confondus avec les globulins dont nous parlerons bientôt, soit qu'ils aient passé inaperçus à cause de leur exiguité. H. Klencke, qui les a récemment retrouvés, les compare à de la couleur finement divisée, dit qu'ils sont d'un gris-verdâtre, et regarde comme probable qu'ils sont composés de carbone, et qu'ils sont des points de pigment destinés à se fixer plus tard sur

la vésicule sanguine. Nous pensons qu'ils ne sont autre chose que la matière grasse à son plus grand état de division, car l'éther les dissout; et d'ailleurs le sérum dans lequel ils existent surtout est rougi très-peu au contact de l'air, tandis que le caillot où se trouvent les globules est au contraire le siége principal de la coloration rouge. L'ensemble des corpuscules adipeux donne au chyle la teinte opaline qui lui est propre, et tant que leur dissolution ou leur transformation n'est pas opérée, ils troublent le liquide en lui donnant un aspect analogue à celui que revêt la solution alcoolique d'un corps gras, lorsqu'on précipite ce dernier au moyen de l'eau. Le nombre des corpuscules adipeux va successivement en diminuant à mesure que le chyle s'approche de la veine sous-clavière. Il est en raison inverse de l'aptitude que ce dernier liquide montre à se colorer en rouge. La réduction de la quantité de ces corpuscules a lieu surtout au niveau des ganglions mésentériques.

2° Les *corpuscules réguliers* sont arrondis et diffèrent principalement sous le rapport du volume. Les uns sont très-petits, nous les nommerons *globulins*; les autres sont plus développés, ce sont les *globules* proprement dits.

A. Les *globulins* du chyle ont été entrevus par Leeuwenhoeck, qui admettait qu'il en fallait six pour former un globule de sang; ils ont encore été mentionnés par Eller; et depuis, mieux connus, par Hewson, Wagner, Muller, E. Burdach et Donné. On les observe dans les vaisseaux chylifères, et surtout dans les ganglions mésentériques et la partie inférieure du canal thoracique; mais on les retrouve aussi dans les derniers points du trajet du chyle et jusque dans le sang. Les globulins commencent à subir dans les ganglions mésentériques l'influence particulière qui les dispose à augmenter de volume; à partir de ce point, ils s'enveloppent de couches albumineuses; toutefois, ce développement n'est sensible qu'au-delà des ganglions; dans l'épaisseur même de ces derniers, on n'observe pas encore de véritables globules à noyau. Home, qui dit avoir examiné le chyle des ganglions mésentériques extrait d'un cadavre humain, prétend bien que les globules qu'il renfermait étaient d'un volume variable, et que quelques-uns égalaient ceux du sang. Mais il est probable que ces derniers n'étaient autre chose que des globules sanguins eux-mêmes, provenant des capillaires sanguins divisés pour rechercher le chyle dans l'épaisseur des ganglions. Ce n'est qu'au sortir de ces derniers que l'on aperçoit les globules proprement dits, dont le volume paraît à l'œil trois ou quatre fois plus considérable que celui des globulins, et va d'ailleurs en s'accroissant jusqu'à ce que la transformation du chyle en sang soit opérée.

Les globulins sont clairs, demi-transparents; ils paraissent sphériques, égaux à leur surface; leur diamètre est environ de $\frac{16}{1000}$ de ligne, selon Wagner. Ils sont insolubles dans l'eau et dans l'éther et disparaissent par l'action de l'ammoniaque.

B. Les *globules* proprement dits constituent l'élément organique le plus important du chyle et celui qui a particulièrement fixé l'attention des observateurs. On les observe exclusivement dans le chyle du canal thoracique; avant la coagulation de ce liquide, ils apparaissent en nombre considérable dans un espace très-restreint, et rappellent entièrement l'aspect microscopique du sang, à la différence près de la coloration. Lorsque le chyle se coagule, le plus grand nombre des globules est emprisonné dans le caillot, et il n'en reste qu'une quantité proportionnelle très-faible dans le sérum. Ils sont incolores ou blanchâtres dans les premiers moments de l'extraction du chyle et se colorent plus tard en rouge en transmettant leur coloration au caillot. M. Donné a remarqué qu'ils étaient solubles dans l'ammoniaque et insolubles dans l'acide nitrique qui détermine leur contraction.

La *forme* de ces globules n'a pas paru identique à tous les micrographes. Le plus grand nombre les disent sphériques. Muller dit avoir constaté cette forme dans le chyle du lapin, du chat, du chien, du veau et de la chèvre. Rudolphi, et après lui MM. Leuret et Lassaigne, affirment avoir également constaté la forme sphérique dans les globules du chyle des animaux qui ont les globules du sang elliptiques. Wagner dit au contraire que les globules du canal thoracique sont aplatis, et que l'on apprécie mieux cette particularité lorsqu'on les compare à ceux des ganglions du mésentère. Nous nous sommes convaincu que la croyance de Wagner était fondée. En examinant les globules du chien et fixant avec beaucoup d'attention quelques-uns d'entre eux, on voit, lorsqu'on imprime un mouvement à la portion du liquide qui les renferme, qu'ils tournent sur eux-mêmes et se présentent, tantôt par une de leurs faces, tantôt par leur circonférence. Lorsqu'ils sont dans cette dernière position, par rapport à l'œil de l'observateur, on voit que leur aplatissement est très-prononcé; en sorte qu'ils mériteraient plutôt le nom de *lenticules* que celui de globules. Nous n'avons pas remarqué qu'ils fussent granuleux à leur surface, comme le prétend Baumgœrtner; l'aspect inégal dépend de ce que certains d'entre eux présentent plusieurs noyaux.

Le *volume* des globules chyleux s'accroit insensiblement depuis l'origine jusqu'à la fin du canal thoracique; il a été, au reste, diversement estimé. D'après Hewson, ces globules sont plus petits que ceux du sang; ils ont le même volume que les globules lactés, selon Prevost et Dumas, et ils varient en dimension suivant les espèces animales, d'après les observations de Muller. Les résultats micrométriques ne sont pas non plus identiques. Wagner estime que, chez l'homme, leur diamètre est de $\frac{40}{10000}$ de ligne; Valentin le réduit à $\frac{24}{10000}$; Prevost et Dumas disent qu'il est d'un trois centième de millimètre. Cette divergence dans les résultats s'explique, soit par la différence réelle que présente le volume des globules chez différents animaux, soit par les variations de leur développement, suivant la hauteur du canal thoracique à laquelle on a recueilli le chyle. Ce qui reste démontré, c'est que les globules chyleux les plus développés n'ont pas encore atteint le diamètre des globules sanguins. Pour faire exactement cette appréciation, j'ai déposé, au milieu d'une goutte de chyle extraite de la fin du canal thoracique d'un chien et étalée sur le verre à observation, une gouttelette de sang du même animal; alors, en changeant les rapports du porte-objet avec

le foyer du microscope, j'ai reconnu très-facilement la différence de dimension, en même temps que la différence de coloration.

L'organisation des globules chyleux est très-difficile à connaître ; cependant le microscope et les actions chimiques ont permis, après des tentatives multipliées, de se former une idée rationnelle de leur structure organique et de leur composition matérielle. Sous ce dernier rapport, il y a lieu de penser qu'ils sont formés en majeure partie d'albumine coagulée ou de fibrine ; car ils se comportent comme ces dernières substances. Cette opinion est même appuyée par la considération de quelques propriétés physiques des globules. C'est ainsi qu'ils sont élastiques comme la fibrine elle-même ; nous nous en somme assuré en tiraillant un fragment de caillot chyleux disposé en lame sur le verre à observation microscopique. Il était alors facile de reconnaître que les globules devenaient elliptiques et que leur grand diamètre était dirigé dans le sens de l'extension du caillot ; en faisant cesser celle-ci, ils reprenaient leur forme normale.

Ascherson a développé une théorie d'après laquelle la graisse est attirée par une certaine affinité vers l'albumine qui se coagule autour d'elle en donnant naissance à une cellule élémentaire. Cette opinion, qui vient à l'appui des idées de plusieurs physiologistes modernes sur la formation cellulaire, semblerait trouver dans les changements que subit le chyle, et dans les conditions matérielles qu'il présente, une explication favorable. D'après Ascherson, les globules seraient formés d'un centre graisseux autour duquel l'albumine en se coagulant aurait façonné une enveloppe. Ainsi s'expliquerait la relation inverse qui existe entre le nombre de corpuscules adipeux et les globules proprement dits ; les premiers ne seraient que le noyau des seconds et perdraient conséquemment leur existence isolée à mesure que les globules se formeraient. Mais cette opinion n'a pas été sanctionnée par la chimie. Il faudrait que l'analyse exercée sur les globules pût déterminer la présence de la graisse ; or les recherches faites jusqu'aujourd'hui pour la retrouver ont été vaines, ainsi que le fait remarquer Burdach. Des essais du même genre, exécutés sous nos yeux par M. le docteur L. Figuier, ont donné aussi des résultats négatifs. Tout porte donc à penser que la matière des globules est de l'albumine ou de la fibrine arrangée d'une manière particulière.

Quant à cet arrangement sous forme globulaire, qui s'accomplit si fréquemment par l'influence de la vie, il a été aussi l'objet d'opinions variées. Eller, acceptant les idées de Leeuwenhoeck, pensait que les globulins du chyle, d'abord à l'état d'isolement, se réunissaient pour former des globules et se condensaient peu à peu de manière à faire changer leur coloration. Cette modification dans la solidité influait, d'après lui, sur les rayons lumineux, à peu près comme l'augmentation de densité influe sur la couleur de la neige dont nous voyons la blancheur éblouissante se changer en couleur jaunâtre lorsqu'on la soumet à une forte pression. Quelques observateurs, élaguant cette dernière explication par trop hypothétique, ont conservé toutefois l'idée principale d'après laquelle les globules ne sont qu'une agrégation de globulins. M. Donné l'a reproduite en admettant que ces globulins se réunissent trois à trois ou quatre à quatre, et s'enveloppent, en circulant, d'une couche albumineuse. Hewson admet qu'un seul globulin forme le noyau central et qu'il s'accroît successivement par la superposition de couches albumineuses, et enfin par l'addition d'une enveloppe colorée, au moment où il se transforme en sang. Nos propres observations nous porteraient à croire que le noyau des globules chyleux n'est pas constamment disposé de la même manière. Le plus grand nombre des globules ne présente qu'un seul nucléole central ; mais d'intervalle à intervalle on aperçoit dans le champ microscopique quelques globules un peu plus volumineux et dont le noyau multiple leur donne un aspect plus foncé. Ces globules à noyau multiple nous ont paru plus nombreux chez les herbivores que chez les carnivores, et spécialement chez le lapin que chez le chien.

---

3. *Recherches anatomiques et physiologiques sur l'œuf et le corpus luteum de la femme et des mammifères ;* extrait d'un mémoire présenté à l'Académie des sciences, le 15 juillet 1844, par M. le docteur Deschamps, de Melun.

(Gazette médicale de Paris, N° 29.)

Les ovaires des animaux vertébrés mammifères furent regardés par les premiers anatomistes comme des testicules destinés à sécréter le fluide séminal des femelles. Galien ne trouvait qu'une différence de volume entre les testicules et les ovaires. Stenon, le premier, démontra l'analogie qui existe entre les vésicules de l'ovaire et les œufs à la grappe des ovipares.

D'après Sbaragli, Vésale, avant Fallope, a signalé l'existence de l'humeur jaunâtre des vésicules. On a attribué à Mathœus de Gradibus la découverte de petits corps glanduleux, et de petits œufs dans les ovaires. R. de Graaf a dit de l'œuf à l'ovaire : « *quæ in ovario reperiuntur, non ova perfecta censenda sunt, sed horum primordia sive rudimenta.* » Et en même temps que Swammerdam, il fit une étude plus approfondie des vésicules ovariques : tous deux virent les œufs détachés de l'ovaire, traverser la trompe de Fallope, et parvenir dans l'utérus ; nouvel organe destiné, chez les mammifères, à se prêter à l'*évolution* de l'*embryon*, comme l'ovaire s'était prêté à l'*évolution* de l'*œuf*.

La vésicule de Graaf, ou l'*œuf* des *anciens*, est généralement considérée comme une erreur d'ovologie par trois raisons principales. La première, qui paraît péremptoire à Gruiskanch, repose sur le défaut d'harmonie qui existe entre le volume des vésicules de Graaf à l'ovaire, et la grosseur diminuée, amoindrie des ovules arrivés dans la trompe de Falloppe. De Graaf réfute la seconde raison touchant le défaut d'harmonie qui existe entre le volume de la vésicule et celui de la trompe, en disant que la trompe, qui est élastique, s'élargit pour recevoir l'œuf. Enfin, si l'œuf se détachait du parenchyme utérin, il présenterait une surface chagrinée, rugueuse, tandis que sa superficie est lisse et unie.

C'est dans l'intérieur même de la vésicule de Graaf que Baer de Kunisberg a été chercher l'œuf

primitif à l'ovaire des mammifères. Ayant trouvé un petit globule sphérique, libre et flottant au milieu des vésicules de l'ovaire, et comparant l'exiguité de ce globule au petit œuf, ou à l'*ovule*, contenu dans la trompe de Fallope, il annonça que ce petit corps rond était l'œuf des mammifères. L'*ovule* qui se trouve contenu dans la vésicule de Graaf constitue donc l'*œuf* des *modernes*.

Cependant, si, comme on le suppose, l'ovule détaché de la vésicule ovarique se trouve enveloppé par la membrane vitelline, comment expliquer la formation du chorion, ou de la tunique générale extérieure de l'œil? Les faits prouvent que la vitelline demeure toujours en rapport avec le jaune, ou vitellus, et que la vésicule de Purkinge ne sert qu'à former la cicatricule, limitée, bornée à un point de la sphère du vitellus. D'ailleurs, la membrane vitelline est alors une membrane ankyste, tandis que le chorion constitue déjà une membrane vasculaire.

En résumé, si de Graaf a méconnu l'ovule et le mécanisme de l'accouchement ovarique, Baër, prenant la partie pour le tout, ignore complétement les usages du corps jaune et de la vésicule de Graaf.

L'œuf complet de la femme et des autres mammifères se compose à l'ovaire, d'après nos travaux : 1° de la vésicule ovarique ; 2° de l'ovule. A l'ovaire, nous démontrons presque tous les éléments constitutifs de l'œuf, tels que : le chorion, le fluide albumineux, ou blanc de l'œuf, la membrane vitelline, ou le jaune de l'œuf. Je possède plusieurs pièces anatomiques, prises au moment de la fécondation, et qui mettent ces faits en lumière. Ayant saisi la trompe appliquée sur l'ovaire d'une vache immédiatement après la fécondation, j'ai placé l'ovaire dans l'eau bouillante, et par une coupe verticale, j'ai distingué très-nettement le chorion, le blanc et le vitellus jaune, point central très-apparent. Sur une autre pièce anatomique, l'embryon s'est développé à l'ovaire, et la vitelline semble allongée sous la forme d'un spermatozoaire jaunâtre, au centre même de l'albumine blanche, concrétée par l'eau chaude. Laissons aux micrographes le soin de décrire la vésicule de Purkinge, vésicule qui est le berceau de l'embryon, de l'amnios, et sans doute de l'allantoïde.

§ I. — *Du corps jaune* (*corpus luteum*). — L'origine, la structure intime et les usages du *corpus luteum* sont encore des sujets de vives controverses en ovologie.

L'acte de la fécondation détermine toujours le développement du corps jaune à l'ovaire : autant il y a d'œufs fécondés, autant il se trouve de corps jaunes. Toutefois, il y aurait de la témérité à affirmer, avec certains auteurs, que, par la simple inspection des corps jaunes, on peut indiquer exactement le nombre des petits contenus dans la matrice. Nous sommes, il est vrai, très-souvent arrivé à ce résultat numérique ; mais l'ovule détaché de l'ovaire est soumis à une foule de vicissitudes qui le détruisent, et parmi lesquelles se trouve son expulsion totale, ou son arrêt de développement.

La présence du corps jaune est l'indice certain de la réunion fructueuse des deux sexes : phénomène aussi important à connaître pour la médecine légale que pour l'histoire ovologique de cette singulière production. Ce témoin de la fécondation est passager, transitoire, tandis que la cicatrice qui résulte de la rupture du péritoine ovarique est un témoin fixe et permanent. Mais alors, la preuve devient infidèle, parce que les *cicatrices menstruelles* se confondent, après la résorption du *corpus luteum*, avec les *cicatrices* de la *fécondation*. Chez une vieille femme, morte vierge, à la Salpêtrière, les ovaires étaient criblés de cicatrices qui indiquaient les époques menstruelles. Dans les ovaires de jeunes vierges, mortes menstruées, ou après l'époque de la puberté, on trouve toujours des cicatrices menstruelles à l'ovaire.

L'expérimentation règle le fait. J'ai élevé des lapines, des chiennes et des chattes jusqu'à la puberté, elles étaient sequestrées de façon qu'aucun mâle ne pouvait les approcher. A l'époque de la maturité des œufs, annoncée par le rut, j'ai vu les vésicules de Graaf rompues, et l'ovule, ou les ovules engagés dans l'oviducte. *Jamais* il n'y avait de *véritable corpus luteum*.

Le corps jaune, membrane caduque ovarique, et qui résulte de la transformation du tissu cellulo-vasculaire qui entoure le chorion, forme une petite masse globuleuse qui environne et isole l'œuf de l'ovaire. Ce corps isolant revient sur lui-même après la sortie de l'œuf pour former une boule à surface inégale, bosselée, jaunâtre, dont le diamètre toujours croissant lui fait acquérir des dimensions si considérables que, dans la vache, par exemple, le tissu propre de l'ovaire se trouve comme refoulé et atrophié. Dans la truie, le corps jaune remplace, presque en totalité, la vésicule ovarique. Les corps jaunes rentrent quelquefois au sein de l'ovaire, de sorte qu'à l'extérieur ils se dérobent à la vue. Le volume des corps jaunes diminue lentement, et ne disparaît que longtemps après la parturition. J'ai constaté l'existence des corps jaunes, huit mois et demi après les couches. La résorption de cette production ovologique se fait de la circonférence au centre; de sorte que l'on trouve toujours les débris celluleux de sa cavité centrale et ses irradiations cellulaires.

Si l'on coupe le corps jaune, on trouve à son centre la cavité cupulaire qui renfermait l'œuf. Cette cavité contient du sang ou des caillots fibrineux, ou bien ses parois s'adossent, et sa trace dernière se révèle par les lames celluleuses agglomérées. Le tissu cellulaire central, plus proche de la périphérie de l'ovaire que du centre du corps jaune, présente des embranchements qui, sous forme de rayons, séparent le corps jaune en un certain nombre de lobules. Il existe toujours un sillon tortueux, quelquefois rectiligne, très-considérable, perpendiculaire à la surface de l'ovaire, et qui résulte de l'oblitération du *conduit émissaire de l'œuf;* c'est par ce sillon que l'œuf s'échappe de l'ovaire. Sbaragli doutait que l'ovaire eût des œufs, précisément parce qu'il ne trouvait pas de conduit émissaire. Il dit : « *In his supposita ova intra densam membranam includuntur et ex omni parte valide connectuntur.... Efficacius dubitatur quod prædicta vesicula non sit ovum ex defectu ostioli, per quod ex ovario excludi deberet.* »

Les vaisseaux sanguins parviennent à l'œuf par

les espaces ou intervalles celluleux des lobules. J'y ai trouvé des filets nerveux et des vaisseaux lymphatiques.

Chaque lobule est composé d'un tissu vésiculaire, aréolaire et sécréteur, qui renferme dans ses petites loges ou cellules une substance globuleuse, granulée, colorée en jaune foncé comme de l'ocre, et qui se modifie en brun, en rouge-brique, en noir dans certains cas, et pendant le temps de la résorption. Les granules colorés ne s'échappent pas par l'incision, en raison même de cette structure multiloculaire de chaque lobule. La couleur jaune se dissout dans l'eau de macération, et elle tache le papier et le linge. Quoique molle et flasque, cette substance jaunâtre acquiert de la solidité par la cuisson, l'alcool et les eaux acidulées.

Le *corpus luteum* ne résulte pas de la transformation de la vésicule de Graaf, par une sorte d'hypertrophie, ou d'un simple dépôt de substance jaune, en dedans, en dehors, ou entre ses feuillets membraneux ; car s'il en était ainsi, le corps jaune ne devrait pas contenir à son intérieur la vésicule de Graaf, et la cavité centrale devrait être semblable à la cavité de la vésicule, lisse et polie. Ce petit trou médian du corps jaune après l'expulsion de l'œuf est, au contraire, chagriné, infructueux, et si l'on place l'ovaire sous l'eau, on voit frotter les lames celluleuses qui unissaient le chorion au corps jaune. L'erreur des ovologistes est évidente sur ce point de structure.

Le corps jaune, par sa structure aréolaire, ses granules jaunes, sa cavité centrale, ses irradiations, et surtout son conduit émissaire, se différencie très-bien de toutes les colorations accidentelles du parenchyme ovarien ; de sorte que, la division admise dans ces derniers temps du *corpus luteum verum*, et du *corpus luteum falsum*, ne représente aucune utilité, et pourrait donner une idée fausse d'une substance *sui generis*.

§ II. — *De la gestation ovarique.* — L'évolution des œufs à l'ovaire jusqu'à leur maturité constitue le temps que j'appelle *gestation ovarique*.

Resserrés dans l'ovaire, les œufs des mammifères devaient se plier au petit espace qui leur était destiné ; c'est pourquoi leur forme n'est pas toujours régulièrement ovoïde : les uns sont ellipsoïdes, les autres aplatis, beaucoup sont amorphes. Dès que le développement d'un œuf commence, il prend la forme sphérique, globuleuse, chemine sans cesse vers la superficie de l'organe, à tel point que, avant la fécondation, l'hémisphère péritonéal de l'œuf fait un plus grand relief que l'hémisphère parenchymateux. Ainsi placés, les œufs périphériques acquièrent de fortes dimensions sans nuire aux œufs centraux. Le nombre des œufs en est très-variable : j'ai compté vingt-sept œufs développés à divers degrés à l'ovaire d'une femme adulte.

Les œufs n'arrivent que progressivement à cet état de maturité ou d'organisation complète qui les rend propres à être expulsés en totalité sous l'influence de la fécondation, ou en partie par le simple jeu des organes génitaux en érétisme aux époques de la menstruation et du rut. Je partage en trois époques les modifications appréciables qui arrivent dans la composition des œufs à l'ovaire.

Dans les fœtus (époque primitive ou fœtale), on aperçoit de *petits points opaques*, amorphes, au milieu du parenchyme ovarien : ces petits points sont des rudiments des vésicules de Graaf. Ils ne commencent à être visibles que vers la fin du développement du fœtus. Sont-ils le produit d'une sécrétion? Non sans doute, car la texture de l'ovaire se compose des mêmes éléments que le tissu utérin ; or, ce dernier n'engendre pas des œufs. Les petits points rudimentaires opaques étant déposés à l'ovaire au moment de la formation des organes, présentent un fait très-favorable à l'emboîtement des germes. L'œuf ne résulte donc pas d'une sécrétion. M. Carus a vu des vésicules développées à cette époque de première formation ; d'où il résulte que l'œuf à l'ovaire précède de loin l'acte de la fécondation. Alors la surface de l'ovaire est lisse et unie.

Depuis la naissance jusqu'à la puberté, il y a une *époque mixte* pendant laquelle s'opère l'évolution des œufs. La surface des ovaires restant lisse et sans traces de cicatrices, les petits points opaques sécrètent à leur intérieur un liquide blanchâtre, puis de couleur citrine, qui les rend visibles à la simple vue. Leur volume augmente de plus en plus, et ils ne tardent pas à apparaître, suivant l'expression d'un ovologiste célèbre, comme de petites pierres précieuses à la périphérie de l'ovaire. L'adhérence des œufs au tissu ovarien est très-intime et les vésicules se rompent avec la plus grande facilité.

Arrive enfin la puberté ; c'est l'époque de formation complète des œufs (époque menstruelle et du rut). La vésicule contient l'ovule et l'œuf complet est facile à étudier : il n'a jamais plus d'une ligne à une ligne et demie de grandeur. La connexion avec le tissu propre de l'ovaire n'est plus assez forte pour soustraire l'œuf à une séparation totale de son receptacle. On rend la dissection très-facile en plongeant préalablement l'ovaire dans l'eau bouillante. L'œuf durcit, il se sépare très-bien par énucléation de la cupule ovarique dans laquelle il était contenu. Tel est, à son époque de maturité, l'œuf des mammifères.

Avec l'âge, quelques vésicules de Graaf s'hypertrophient, et le plus grand nombre ne subit pas de métamorphoses. Les ovaires se crispent, se flétrissent, et la menstruation cesse aussi bien que le rut.

Si l'acte de la fécondation n'a pas lieu à l'époque de la maturité, l'œuf ne reste donc pas dans un état stationnaire. D'après sa tendance au développement excentrique, il augmente de volume, s'hypertrophie. La membrane vitelline aussi bien que le chorion participent à ce développement, et il arrive même que ces deux tuniques s'adossent immédiatement, comme on le prouve en remplaçant la sérosité albumineuse par de l'eau, liquide moins visqueux qui détruit les rapports de contiguité des deux membranes et fait flotter la vitelline en dedans du chorion. Cette évolution avait échappé à Baër, qui décrit toujours un petit ovule au centre de toutes les vésicules de Graaf. Les œufs, parvenus à une grosseur exagérée, per-

dent leurs qualités germinatives : ils ne sont plus expulsés en totalité de l'ovaire et ils se brisent. Les ovologistes comparant les vésicules hypertrophiées avec l'œuf dans l'oviducte, tombent dans une erreur d'autant plus grave, qu'ils établissent leur jugement sur de simples apparences de dimension, et qu'ils ignorent la formation du chorion, le rôle du *corpus luteum* et celui de l'ovule.

L'examen des œufs à la grappe des ovipares contribue encore sous une apparente analogie à embrouiller la structure de l'œuf des vivipares. A l'ovaire des oiseaux et des reptiles, le vitellus domine et l'œuf acquiert, chemin faisant dans l'oviducte, ses autres éléments constitutifs. L'œuf de la femme et des mammifères est complet à l'ovaire, et le blanc ou l'albumine se trouve l'élément dominateur. Ce fait incontestable, pour nous, prouve que la gestation ovarique s'établit en sens inverse dans les vertébrés ovipares et vivipares.

§ III. — *De l'accouchement ovarique.* — L'œuf s'échappe de l'ovaire par un mécanisme très-compliqué que l'on nomme accouchement ovarique.

L'agent provocateur de cet important phénomène est la fécondation, et les agents auxiliaires qui le favorisent sont le corps jaune, la cupule du tissu élastique, de l'ovaire et de la trompe utérine.

Disons ici que lorsque la trompe de Fallope s'applique sur l'ovaire pour recevoir les œufs fécondés, ces œufs sont contenus dans le corps jaune, et le corps à son tour est renfermé dans une cupule de tissu fibreux ovarique. Or, les puissances à la fois érectiles et élastiques de la trompe et de l'ovaire, sollicitées par l'acte de la fécondation, favorisent la sortie de l'œuf du centre du corps jaune par le conduit émissaire de ce même corps jaune qui transmet doucement et mollement son produit fragile au canal de la trompe de Fallope. Alors le pavillon frangé se requoquille, se contourne sur lui-même, et l'œuf chemine promptement vers la cavité utérine. Tels sont les phénomènes que j'ai suivis sur deux chiennes de très-petite taille, auxquelles j'ouvris le ventre au moment de l'acte de la copulation.

Un premier fait digne d'intérêt par sa nouveauté est relatif au rôle physiologique du *corpus luteum*. Ce corps jaune, tissu de nouvelle formation, remplit absolument à l'ovaire le même office que la membrane caduque dans l'accouchement utérin. Il isole l'œuf du tissu fibreux de l'ovaire, le circonscrit; de sorte que, au moment de son expulsion, on peut dire avec plus de vérité que l'œuf tombe dans le pavillon frangé ou évasé de l'oviducte, plutôt qu'il n'est violemment arraché du parenchyme ovarien.

Un second fait qu'il importe de bien établir, c'est la connexion du tissu propre de l'ovaire, d'abord avec l'œuf, ensuite avec le corps jaune. J'ai prouvé qu'à mesure de son développement l'œuf se dégageait insensiblement du parenchyme ovarien, à tel point que, vers l'époque de la puberté, la moitié de sa petite sphère est en relief à l'extérieur de l'organe. Ce mouvement nous représente assez bien la dilatation du col utérin vers la fin de la gestation.

Un troisième fait important à la physiologie est relatif au moment de l'application du pavillon de la trompe sur l'ovaire et à la durée de cette application. J'ai vu le mécanisme se faire au moment de la copulation dans les chiennes, et offrir dans les lapines, les vaches et les brebis, des intervalles extrêmement variables.

L'œuf passe dans la trompe de la soixante-quatrième à la soixante-dixième heure dans les lapines, et quelquefois, d'après un physiologiste habile, M. Bischoff, de la neuvième à la dixième heure après la copulation : depuis le moment de la jonction sexuelle jusqu'à la trente-sixième à la cent cinquantième heure dans les chiennes : entre la quatre-vingt-seizième et cent dix-septième heure dans les brebis et les vaches, etc.

Au moment de l'accouchement ovarique, il survient une petite hémorrhagie par la rupture des vaisseaux sanguins chorio-ovariques, et le sang s'amasse très-souvent dans la cupule ou cavité du corps jaune; il s'opère de plus une rupture du péritoine, hymen ovarique protecteur de la virginité de l'œuf, lorsque la trompe à vagin de l'ovaire reçoit l'œuf par l'action combinée du corps isolant jaune et des puissances élastiques et érectiles. Esprit fertile en comparaison, Drelincourt a dit que les œufs, quand ils sont mûrs, se détachent de l'ovaire, de même que les fruits se détachent de la tige de l'arbre qui les fait naître.

Au moment des règles chez la femme et du rut dans les animaux, les phénomènes ne se passent pas ainsi. Les œufs qui se détachent de l'ovaire sans la fécondation sont incomplets; car ils manquent tous de chorion. Dans plusieurs expériences de ligatures des trompes et d'extirpation de l'utérus, j'ai vu les œufs se développer à l'ovaire, se rompre à l'époque de leur maturité au moment du rut, et jamais il n'y avait formation de *corpus luteum*.

M. Flourens a donné, le premier, une idée très-exacte de la ponte des mammifères, et je m'étonne que, dans les publications récentes, on ait omis de citer ce passage de son cours fait en 1835, fait de nouveau et publié par moi en 1836, au Muséum d'histoire naturelle : « L'excitation imprimée par la « fécondation ne concourt pas seule à favoriser le « détachement de l'œuf; car les observateurs citent « des exemples de cicatrices bien évidentes sur les « ovaires de jeunes filles vierges. » Et le savant professeur complète sa pensée en ces termes : « L'ovule, d'ailleurs, ne se détache-t-il pas spon- « tanément chez les femelles vierges des oiseaux et « dans beaucoup de classes animales pour les fé- « condations extérieures? » L'ovulation spontanée est actuellement un fait bien établi. Je diffère, avec les auteurs de quelques publications récentes, sur le mécanisme de l'ovulation spontanée et de l'accouchement ovarique.

Buissière avait déjà trouvé, sur une jeune femme, la trompe adhérente à l'ovaire et une vésicule qui sortait de l'ovaire pour entrer dans l'oviduc (*sur les trompes de Fallope*, *J. des Sav.*, 1695). Chez une femme phthisique, morte en 1834, pendant sa menstruation, j'ai manifestement observé une rupture de la vésicule de Graaf et un petit corps ovoïde dans la trompe de Fallope.

Dans les animaux, il m'a fallu distinguer le commencement et la fin du rut pour arriver à des notions positives. Les œufs sont à l'état de maturité

dès que les mammifères entrent en folie, et rapidement, sous l'influence de la surexcitation de l'organisme, les œufs acquièrent de fortes dimensions, deviennent inféconds et se brisent à la fin du rut par l'application de la trompe et l'issue de l'albumine et des débris de l'œuf en général. Jamais il n'y a formation de *corpus luteum ;* car le corps jaune appartient à l'acte de la fécondation.

Si vous examinez la vésicule de l'ovaire en laissant tomber un filet d'eau, il s'échappe des débris albumineux, membraneux, et la surface interne de la vésicule de Graaf ou du chorion est lisse, unie, brillante.

Il y a donc un signe différentiel certain entre la sortie de l'œuf à l'ovaire par la conception ou par retour périodique : dans le premier cas, phénomène inconnu, l'œuf entier est expulsé de l'ovaire par le conduit émissaire du *corpus luteum*, et, de plus, le corps jaune subsiste; dans le second cas, il y a rupture de l'œuf sous l'influence excitatrice des règles et du rut, et dans la séparation qui s'opère, la vésicule de Graaf reste fixée à l'ovaire, l'ovule s'échappe seul par la trompe, et le *corpus luteum* n'existe pas. L'imagination seule a pu établir que le *corpus luteum* a pour usage de fermer l'ouverture de sortie de l'ovule; comme si l'ovaire avait besoin d'un corps jaune pour se cicatriser!

Les ovipares n'ont que la gestation et l'accouchement ovariques, tandis que les mammifères possèdent une double grossesse et une double parturition, l'une de l'ovaire, l'autre de la matrice.

IV PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

4. *Deux observations très-intéressantes d'affection cérébrale.* — Hôtel-Dieu. — M. Récamier.

(Gazette des Hôpitaux, N° 77.)

Obs. I. — *Étourdissement, céphalalgie intense, vomissements. Apparition d'un écoulement sanguin vaginal; rétablissement de la santé; retour des accidents avec la cessation dudit écoulement. Paralysie incomplète de la paupière supérieure, des membres, etc. Mort. Tubercule du cervelet.* — Eugénie G....., lingère, non mariée, âgée de trente ans, d'une constitution assez forte, a été toujours bien réglée, et d'une santé habituellement bonne jusqu'en 1843, à part une maladie vénérienne qu'elle eut à vingt-trois ans, pour laquelle elle subit un traitement mercuriel pendant deux mois et demi, et dont elle fut bien guérie.

Au mois de mai 1843, elle se réveille un matin avec des étourdissements très-forts et des vomissements bilieux considérables qui durèrent toute la journée. Elle s'était couchée bien portante. On lui applique quinze sangsues à l'anus; elle se trouve assez bien pendant deux jours; puis les mêmes phénomènes se reproduisent avec la même intensité. On lui fait une deuxième saignée locale, et elle est encore notablement soulagée. Alors il s'établit aux parties génitales un écoulement sanguin continuel semblable au flux menstruel; la malade recouvre toute sa santé. Elle fait un voyage à Caen pendant l'été, et elle prend les bains de mer, dont elle paraissait se bien trouver. Elle revint à Paris au mois de septembre, avec un léger malaise qui se renouvela souvent sans être jamais sérieux.

Au mois de novembre, l'écoulement sanguin des parties génitales s'arrête, et les étourdissements la reprirent aussitôt avec de vives douleurs de tête. Elle souffrait plus particulièrement à la tempe droite et au front; les envies de vomir et les vomissements se reproduisirent aussi. A ces symptômes venait de temps en temps se joindre une petite fièvre accompagnée parfois de frissons. L'amaigrissement survint, le bras et la jambe du côté gauche s'affaiblirent petit à petit, et se paralysèrent complétement. Au mois de février 1844, cette femme éprouve une douleur vive à la nuque et à la partie supérieure du cou, et elle reste ainsi malade jusqu'au 6 avril, jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu, où elle fut reçue salle Saint-Landry, n° 22.

Tout le traitement chez elle s'était borné à des lavements émollients, des bains de pied sinapisés, de l'eau de Seltz, et de la tisane de tilleul.

Voici l'état qu'elle présentait lors de son entrée. Le facies est un peu coloré et crispé; la paupière droite, continuellement abaissée sur l'œil, est relevée, mais incomplétement, par la volonté de la malade. Les deux pupilles sont un peu dilatées; il n'y a pas de strabisme; la vision est diminuée; l'olfaction est imparfaite, et la malade a la sensation de cette demi-paralysie du nerf olfactif; la langue est privée notablement de la faculté gustatrice des deux côtés, et de la sensibilité en même temps; toute la face, surtout à gauche, est engourdie et d'une sensibilité obtuse. La malade accuse une violente douleur à la tempe et au-dessous de l'œil droit et à la nuque; les mouvements du cou sont pénibles et difficiles. Le bras et la jambe du côté gauche sont engourdis, avec cessation incomplète du sentiment et du mouvement. Il y a aussi quelque peu d'engourdissement du côté droit. Elle se plaint de douleurs vagues dans le dos, et n'a pas d'appétit. Les vomissements subsistent toujours; les évacuations alvines sont naturelles et faciles, l'amaigrissement fait toujours des progrès; la peau est terreuse, un peu sèche; le pouls petit et faible, régulier et sans fréquence. Elle dort peu à cause des douleurs de la tête.

La poitrine est en bon état; la respiration assez calme. On lui prescrit les pilules de Méglin, le sulfate de quinine, puis on fait deux applications de sangsues derrière les oreilles, et on lui met un emplâtre d'opium sur la tempe droite. Malgré ce traitement, la malade n'éprouve aucune amélioration.

Le 18 avril, on lui donne un lavement avec 30 grammes de sulfate de soude, pour combattre une

constipation qui durait depuis plusieurs jours ; il en résulte un dévoiement tel, que la malade laisse aller sous elle sans s'en apercevoir. Bain de propreté.

Le 19, le pouls donne 100 pulsations faibles et régulières ; céphalalgie moins vive ; le dévoiement a cessé, mais les vomissements persistent.

Les 20 et 21, la respiration est gênée, sans être plus fréquente; mais la douleur du front, de la nuque et de la région supérieure du cou persiste avec énergie. Pas de fièvre.

Le 22, même état que la veille. On continue l'usage des pilules de Méglin.

Le 23, la malade dit qu'elle a la tête dégagée, mais elle sent un engourdissement de tout son corps; elle dit qu'elle étouffe. Il y a des crachements sanguins qui semblent venir de la gorge. Pouls à 84, petit, sans force. La paupière supérieure de l'œil droit tombe beaucoup moins ; les pupilles sont moins dilatées.

Le 24, pouls à 104, petit ; un peu de chaleur à la peau, etc., *ut suprà*.

Le 25, pour la première fois la malade vomit les pilules de Méglin. Douleurs de tête moins fortes ; apyrexie. On suspend l'usage desdites pilules ; on prescrit un julep éthéré.

Le 26, même état ; même prescription.

Le 27, le julep aussi a été vomi. Il y a un abattement et un engourdissement général ; peu de douleurs ; gêne assez considérable de la respiration ; grand trouble de la vue. Depuis le commencement de la maladie, vomissements des aliments, outre les autres vomissements.

Le 28, hoquet continuel pour la première fois ; même état pour le reste.

Le 29, le hoquet continue. On applique un vésicatoire à l'épigastre.

Le 30, l'engourdissement et la paralysie des membres ont diminué. La céphalalgie est peu forte, et la malade dit que sans le hoquet elle se trouverait très-bien ; pouls à 104, petit et faible, régulier. Les vomissements ont cessé.

Le 1er mai, le hoquet continue ; le reste *ut suprà*.

Le 2, retour des vomissements ; douleur d'estomac ; le hoquet fatigue beaucoup la malade. Il y a constipation, un peu de fièvre, etc. Il est survenu de la salivation. Potion de Rivière ; lavement ; tisane de tilleul orangé.

Le 3, même état ; même prescription.

Le 4, la salivation est très-abondante ; la faiblesse va en augmentant toujours. Le hoquet ressemble maintenant à une respiration suspirieuse précipitée. Abattement considérable. La paupière retombe sur l'œil comme auparavant. Pouls très-petit et très-faible, à 104. La joue droite est plus paralysée que la gauche, sans aucune déviation de la bouche. Persistance des vomissements. Gêne dans la respiration. Il n'y a pas de toux. Potion de Rivière.

Le 5 et le 6, fièvre assez forte ; pouls plus large et plus résistant, à 112 ; peau chaude et sèche ; salivation toujours abondante. Jusqu'à présent pas de délire. On continue la potion de Rivière.

Le 7, le hoquet a cessé la nuit pour recommencer le matin ; vomissements ; intelligence obtuse.

Le 8, un peu de délire la nuit ; persistance du hoquet et de la douleur d'estomac ; mouvement libre de tous les membres, dont la sensibilité est à peu près normale ; salivation moins abondante ; la paupière supérieure gauche est aussi paralysée depuis deux jours ; grand affaissement. Depuis sept à huit jours il y a un peu de mal de gorge, avec une voix très-nasillarde.

Le 9, la céphalalgie a diminué ; persistance de la douleur musculaire du cou par le mouvement de la tête ; vomissements, hoquet suspirieux ; pouls régulier et faible ; selles seulement par les lavements.

Le 10, fièvre ; pouls à 128, faible et régulier ; peau chaude et sèche ; très-peu de hoquet ; grande faiblesse ; peu de souffrance ; mouvement des membres ; conservation de la sensibilité ; amaigrissement considérable ; respiration haute et très-fréquente ; délire paisible. La malade s'est éteinte le 11 au matin, sans agonie.

A l'autopsie, on trouva un tubercule de la grosseur d'une fève, comprimant la partie centrale et supérieure du cervelet ; il était placé sur l'éminence vermiculaire supérieure. Il n'y avait pas de méningite ; le liquide céphalo-rachidien était peu considérable. Une pneumonie prononcée occupait tout le poumon droit ; une caverne existait au centre de l'organe ; contenant du détritus gangréneux. Il n'y avait pas de tubercules pulmonaires.

La pneumonie fut tout à fait ignorée pendant la vie ; car aucun symptôme thoracique, pas même la toux, n'était venu révéler ni faire soupçonner l'existence de cette maladie.

En compulsant les observations de tubercules du cervelet, on ne trouve pas un symptôme qui ait été commun à tous les faits. Ainsi, la perte ou la diminution de la vision, la paralysie, les vomissements ne s'observent pas dans tous les cas. La douleur à la nuque, qui au premier abord semblerait devoir être un symptôme constant, a manqué très-souvent. Chez quelques malades seulement, il y eut des convulsions. Il n'y a donc rien de fixé, rien de bien arrêté dans la symptomatologie de cette affection. Les faits sont encore trop peu nombreux dans la science pour pouvoir arriver à une précision convenable dans le diagnostic des productions tuberculeuses du cervelet.

Le fait que nous avons rapporté présente une particularité remarquable : c'est l'invasion soudaine de la maladie et le soulagement si complet par l'établissement d'un flux sanguin des parties génitales, dont la cessation a ramené les accidents cérébraux. Quant aux symptômes et à la marche de la maladie, ils ressemblent à ceux des observations connues ; le hoquet, pourtant, ne peut, ce me semble, se rattacher qu'à l'affection cérébelleuse et non pas à la pneumonie.

A la suite de ce fait, nous croyons utile de rapporter une observation d'hémorrhagie du cervelet qui a pris en partie l'allure et la marche des tumeurs de cet organe.

Obs. II. — *Noyau hémorrhagique enkysté dans le lobe droit du cervelet ; sérosité abondante dans les ventricules, accompagnée pendant la vie de céphalalgie intense ; douleur à la région cervicale ; perte de la vision et de l'ouïe à gauche, semi-paralysie du côté gauche, etc.* — Un

corroyeur, âgé de trente-trois ans, d'une bonne santé habituelle, fortement constitué, n'ayant jamais eu dans la vie d'autre indisposition qu'une blennorrhagie légère à l'âge de vingt-deux ans. Il déclare qu'il y a dix-huit mois, après s'être fait couper les cheveux, il éprouva des douleurs de tête continuelles pendant cinq à six semaines : c'était vers la fin de l'hiver. Aussitôt que le temps devint plus doux, la céphalalgie diminua et enfin elle disparut. L'été se passa comme à l'ordinaire.

Le 14 septembre suivant, sans cause appréciable, il fut pris pendant la nuit d'un grand mal de tête qui persista jusqu'à son entrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Récamier, le 27 avril suivant. La céphalalgie fut assez forte pour l'empêcher de travailler, car elle était continue et sévissait dans toute la tête avec des exaspérations qui se répétaient à des intervalles rapprochés et inégaux. Les souffrances étaient si vives qu'il en était tout hébété. A son entrée, l'examen le plus minutieux ne put rattacher ce mal de tête qu'à un trouble nerveux, car aucun symptôme spécial autre que la douleur n'existait pour mettre sur la trace d'une lésion cérébrale. Il n'y avait jamais eu de vomissements; il avait à la vérité perdu l'appétit; mais le peu qu'il mangeait était bien digéré. Cet homme était assez maigre, et, d'après son dire, il était beaucoup plus gras avant d'être malade. Toutes les fonctions s'accomplissaient bien. On essaya le galvanisme par secousses d'abord, puis on établit un courant continu, en plaçant à demeure le pôle positif à la nuque et le pôle négatif au milieu du dos sur le rachis, mais sans résultat avantageux.

Un mois après son entrée, de nouveaux phénomènes apparurent tout à coup, la bouche se dévia un peu à droite; cette déviation ne dura que cinq à six jours. A partir de ce moment, la vue s'affaiblit surtout à gauche; le malade voyait des nuages et de petits corps voltiger devant ses yeux; les pupilles étaient légèrement dilatées et peu sensibles à la lumière; l'ouïe était dure à gauche, et la joue gauche offrait moins de sensibilité que dans l'état normal. Le malade accusait au bras gauche de l'engourdissement et du fourmillement douloureux auxquels se joignait une diminution de force et de sensibilité. On ne constatait rien d'anormal aux narines ni à la langue; la déglutition se faisait bien; les mouvements du cou étaient pénibles à cause de la douleur qui se faisait sentir à la région du dos et aux quatre premières vertèbres cervicales.

Les maux de tête deviennent plus forts la nuit, et sont, au dire du malade, horribles au delà de toute expression. Le facies a pris le caractère de l'hébétude; la mémoire s'affaiblit, et l'intelligence diminue. Il restait constamment au lit, ne se sentait pas la force de se tenir debout, remuant pourtant bien les jambes, qui conservaient leur sensibilité normale. Il n'avait ni mouvement fébrile, ni fréquence du pouls; il lui restait encore un peu d'appétit. On tente beaucoup de moyens, entre autres un séton au cou; on lui donne des pilules suédoises, etc., sans aucun avantage. Il reste deux mois dans cet état, et un jour, au matin, on le trouve assoupi, répondant encore aux questions qu'on lui adresse. Il dit souffrir bien moins de la tête; il n'y a point de contracture, point de paralysie; mêmes phénomènes du bras gauche; mais le malade ne voit plus du tout, sans que pourtant les yeux présentent autre chose qu'une insensibilité complète à la lumière. Après être resté trois jours dans un assoupissement continuel avec un peu de fréquence dans le pouls, mais sans véritable fièvre, il tombe dans le coma, et après quelques heures d'un râle trachéal il expire.

A l'autopsie on découvrit :

1° Un aplatissement très-marqué de toutes les circonvolutions cérébrales;

2° Une grande quantité de sérosité dans tous les ventricules, qui étaient considérablement dilatés;

3° Les deux cornes d'Ammon ridées et rugueuses, un peu ramollies, surtout au centre, ayant quelque ressemblance avec la paume de la main que l'on aurait fait macérer dans l'eau :

4° Une tumeur enkystée, grosse comme un œuf de pigeon, logée dans le centre et vers la base du lobe droit du cervelet; en dedans de cette tumeur, deux petits caillots sanguins un peu coagulés, gros comme deux petites noisettes. La tumeur enkystée n'avait aucune communication particulière; elle était isolée. A la première apparence, on l'aurait crue formée de substance encéphaloïde; mais en l'examinant plus attentivement, on reconnut un caillot sanguin bien coagulé et comme fibrineux, autour duquel s'était organisée une membrane celluleuse assez dense.

La substance cérébrale offrait alentour une petite teinte de ramollissement. La superficie en était sèche, et il n'y avait aucune injection sanguine.

---

5. *Leçons cliniques sur les maladies du cerveau. Considérations générales.* — Hôtel-Dieu. — M. Rostan.

(Gazette des Hôpitaux, Nos 80 et 85.)

Nous commencerons la série des leçons que nous avons dessein de faire sur les maladies de l'appareil encéphalique, par des considérations générales et par l'examen analytique des phénomènes qui peuvent se présenter dans le cours de ces affections. C'est la physiologie pathologique du cerveau par laquelle nous ferons précéder l'histoire pathologique de cet organe.

Nous dirons d'abord qu'il n'y a pour le médecin que des organes et des fonctions; des instruments et des résultats de l'action de ces instruments. Une fois cette proposition admise, il s'ensuit rigoureusement une autre, que voici : Si un organe remplit plusieurs fonctions, nécessairement cet organe est multiple. Expliquons-nous plus clairement. Il est évident qu'il y a plus d'une fonction cérébrale, et que chacune de ces fonctions ne ressemble point aux autres. Le cerveau produit, exécute ou commande des mouvements, d'une part; d'autre part, il préside au sentiment; enfin, il est l'organe de l'intelligence; nous mettrons même au nombre de ces fonctions le sommeil, la voix, la parole. Est-il possible qu'il n'y ait qu'un seul et même organe pour toutes ces fonctions? Evidemment, non. La considération du

cerveau comme organe multiple n'est pas chose neuve. Gall avait bien admis que le cerveau était un organe multiple, et avait déterminé le lieu que chaque faculté intellectuelle occupait dans l'encéphale. Nous reviendrons tout à l'heure sur cette question, et nous aurons occasion de dire ce que nous en pensons. Maintenant nous devons prouver qu'il y a plusieurs organes dans le cerveau.

Nous professons depuis longtemps cette opinion, que le mouvement et l'intelligence ne peuvent avoir le même siége. Il y a donc une portion du cerveau qui préside à l'intelligence, et ceci est très-utile à connaître, vous le verrez, quand il s'agira du diagnostic; une autre portion préside au mouvement. Mais, nous dira-t-on, comment prouver cela? Nous ne possédions, il y a quelque vingt ans, aucun fait qui pût servir de confirmation à nos idées. L'anatomie pathologique n'avait nullement révélé l'organe de l'intelligence, non plus que celui du mouvement. Mais voici à l'aide de quel raisonnement nous avions été conduit à nos conclusions. L'observation journalière prouve que l'intelligence peut être exaltée, diminuée, pervertie ou abolie, sans que pour cela le sujet soit moins fort, moins robuste. Nous voyions tous les jours, à la Salpêtrière, des femmes dont l'intelligence était entièrement perdue, mais qui conservaient cependant une force, une adresse, une agilité surprenantes. Il est donc nécessaire, disions-nous, puisque chez le même individu le mouvement persiste en l'absence complète de l'intelligence, que l'organe ne soit pas le même pour ces deux ordres de phénomènes. La réciproque est également vraie, et tous les jours on voit des individus impotents, paralytiques par suite d'une lésion cérébrale, et chez lesquels l'intelligence est cependant parfaitement intacte. Voilà ce que nous enseignions dans les premiers temps, sans pouvoir indiquer le siége des facultés, mais persuadé que ce siége variait suivant les phénomènes fonctionnels.

Dans ces derniers temps, MM. Foville et Delestre s'étant occupés à rechercher le siége des organes qui présidaient aux fonctions si differentes du mouvement et de l'intelligence, arrivèrent à ce résultat : que lorsque l'intelligence est troublée, c'est toujours à la superficie du cerveau qu'existe la lésion organique, dans la substance corticale ; quand le mouvement, au contraire, est modifié, c'est la substance blanche qui est le siége de l'altération. Ces résultats ont été contestés, mais à tort, selon nous. Nous avons observé trop souvent le délire dans les cas où il y avait lésion superficielle du cerveau, trop souvent aussi la paralysie chez des sujets dans le cerveau desquels nous avons rencontré plus tard des lésions de la substance blanche, pour ne pas regarder ce fait comme suffisamment démontré. Nous verrons plus tard, et nous démontrerons que, dans l'immense majorité des cas, quand il y a délire très-prononcé, la substance corticale est affectée. En résumé, nous sommes convaincu que les parties extérieures et superficielles du cerveau sont consacrées à l'élaboration de l'intelligence; tandis que les parties centrales sont consacrées au mouvement.

Ici, surgit une autre question non moins importante, mais peut-être plus difficile à résoudre. Y a-t-il un organe différent pour le mouvement et pour le sentiment? Dans les affections cérébrales, le sentiment est quelquefois aboli, mais rarement. La perte du mouvement est beaucoup plus commune ; en d'autres termes, la paralysie du sentiment, comme symptôme des affections cérébrales, est beaucoup plus rare que la paralysie du mouvement. Il serait naturel de penser, d'après cela, qu'il y a des organes différents pour le sentiment et le mouvement. En réfléchissant, on est conduit à penser que le mouvement est une action pour ainsi dire active du cerveau, la sensibilité une action passive. Nous nous expliquons. On reçoit une impression de chaleur, de froid, de lumière, etc., sans que la volonté y soit pour rien. Au contraire, on veut, on remue, c'est un état actif, le concours de la volonté est nécessaire. Ne serait-il pas possible que le mouvement fût desservi par des portions du système nerveux, allant comme les autres, pour le système circulatoire, du centre à la circonference, tandis que d'autres filets nerveux venant de la circonférence au centre, véritablement analogues aux veines, seraient consacrés à la transmission de la sensibilité? L'expérience n'a pas encore prononcé sur la duplicité de l'organe central, sous ce rapport. Ce qu'il y a d'à peu près certain, c'est qu'il y a des nerfs du sentiment et des nerfs du mouvement, et en vous disant cela, je ne crois pas m'éloigner beaucoup des idées généralement reçues partout aujourd'hui. Reste le principe ; il y a deux fonctions : suffit-il d'un seul organe, ou deux sont-ils nécessaires pour l'expliquer? J'admets volontiers deux ordres de nerfs, mais je ne vois pas la nécessité d'un double lieu.

Le sommeil est-il une fonction du cerveau, ou une action? Ceci est extrêmement difficile à résoudre ; et cependant, dans une foule de cas, le sommeil est un des éléments de diagnostic auquel on doit les renseignements les plus précieux.

A-t-on raison de reconnaître dans le cerveau autant de points différents qu'il y a de facultés intellectuelles? Les phrénologistes n'ont point donné à ce nom de facultés intellectuelles la même signification que Locke et Condillac. Pour eux, le jugement, la perception, l'attention, ne sont que des degrés d'intensité dans l'action des facultés. Gall ne regardait tout ce que les anciens philosophes appelaient *facultés*, que comme des conditions d'intensité. Il admet, par exemple, une faculté pour tel ou tel art, la peinture, la musique; dans ce système, le sujet peut avoir l'imagination des couleurs, la comparaison des couleurs. Il ne se préoccupe absolument que de la faculté intellectuelle et nullement de ses conditions d'intensité d'action. Il cherche quelles sont les facultés, les aptitudes qui pourront être divisées de la manière la plus rigoureuse, et alors il admet une multitude de facultés intellectuelles. Je ne parle point ici des facultés affectives, et des autres subdivisions qu'il a établies. Gall était un homme d'un grand génie; on ne peut dire que son système ne soit au moins très-spécieux. Il est rare, en effet, que chaque tête n'ait pas ses aptitudes différentes. Il est rare de trouver des têtes encyclopédiques, des têtes comme celles de Cuvier, de Humboldt; les têtes ordinaires ont leur aptitude, qui domine à l'exclusion de toutes les autres.

Mais de ce que le système phrénologique est spé-

cieux par le raisonnement, s'ensuit-il forcément que son existence soit incontestable? Nullement. Nous ignorons complétement quelle est la portion du cerveau qui préside aux mouvements du bras, à ceux de la jambe, et nous prétendrions reconnaître et pouvoir déterminer celle qui correspond à la faculté de la musique, de la peinture, des mathématiques! Cette prétention n'est point admissible. Voyons, du reste, quelles preuves à l'appui de leur système les phrénologistes ont données. D'abord, ce sont des têtes humaines, chez lesquelles prédominait un développement de certaines portions du cerveau, accompagné du développement de certaines facultés. Nous pensons que des cas pathologiques eussent beaucoup mieux rempli le but qu'ils se proposaient. Mais les phrénologistes n'étaient pas tous savants pathologistes. Pour n'en citer qu'un exemple, Spurzheim publia, en 1818, un ouvrage sur la folie, et il était alors tellement peu avancé en pathologie, qu'il ignorait que l'hémorrhagie cérébrale fût susceptible de guérison. Dès cette époque, j'écrivis qu'il serait beaucoup plus concluant de montrer dans un certain nombre de cas la perte de telle ou telle faculté coïncidant avec une lésion de la portion cérébrale que Gall affectait à cette affection, et que l'anatomie pathologique serait le véritable *criterium* de la doctrine phrénologique; et encore, disais-je, comme le cerveau est un organe double et symétrique, et sur ce point je suis de l'avis des phrénologistes, il faudrait que la lésion fût double; alors nous aurions une certitude irrévocable. Jusque-là, nous n'avons pas même de probabilité. J'ai des preuves que les fondements de la doctrine phrénologique sont tellement incertains, que les plus habiles peuvent s'y tromper.

Gresset, le chantre de *Vert-Vert*, était, vous en conviendrez, un poëte distingué; la tête en fut montrée au docteur Gall à la Salpêtrière, après une de nos visites; il la prit pour une tête d'idiot, méprise à laquelle aida un peu, nous devons le dire, le lieu dans lequel on soumit ce crâne à l'investigation du fondateur de la crânioscopie. Je crois avoir entendu dire, depuis, que le crâne de Laplace, le grand mathématicien, avait été l'objet d'une erreur absolument semblable. Gall et tous ses disciples ont négligé une chose, selon nous, fort importante: l'intensité de l'action de l'organe; ils n'ont considéré que son volume. Or, il peut y avoir des quantités cérébrales très-volumineuses, et fort peu d'intelligence, *et vive versa*. La quantité et la qualité sont deux conditions bien différentes. Toutes choses égales d'ailleurs, la quantité doit être prise en considération. Mais il faut aussi, non pas souvent, mais toujours s'occuper de la qualité. Nous devions ici vous faire notre profession de foi au sujet de la phrénologie; nous venons de vous l'exposer tout entière.

Signes fournis par le mouvement.

Je ne veux pas m'occuper ici de la paralysie. C'est un sujet trop vaste et dans lequel je n'entrerai pas aujourd'hui. Nous aurons occasion d'y revenir plus tard. Mais avant tout, je dois vous dire, et ne l'oubliez pas, que les altérations du mouvement, abolition, diminution ou perversion, peuvent être permanentes ou passagères, et selon ces conditions de durée ont une valeur différente. Les altérations permanentes ont une valeur beaucoup plus grande que les altérations passagères. Les altérations du mouvement sont générales ou locales, c'est-à-dire qu'elles peuvent porter sur la totalité du corps ou sur une partie seulement. Encore une autre division: elles peuvent consister en une abolition complète, une diminution d'intensité seulement, ou une perversion des phénomènes. N'oublions pas non plus que les altérations dont nous vous parlons peuvent dépendre ou du centre nerveux duquel émane le principe moteur, ou de l'organe qui transmet le mouvement du centre à la partie agissante, ou de la portion agissante elle-même à laquelle est transmise l'action. Que serait le cerveau sans les organes qui exécutent ses ordres, et sans les filets nerveux qui transmettent sa volonté?

Je ne vous parlerai pas des altérations des organes conducteurs qui transmettent aux membres les ordres du centre cérébral, non plus que de certains autres qui servent à exécuter ces mouvements, les os par exemple; mais pour les muscles nous aurons occasion de voir que la contractilité musculaire acquiert quelquefois une grande valeur. Dans le délire aigu, dans l'hystérie, l'épilepsie ou les convulsions épileptiformes, il y a augmentation de contractions musculaires et augmentation de mouvements. Il est rare que ces altérations par excès puissent servir beaucoup au diagnostic des maladies. Un phénomène qui nous arrêtera plus longtemps, c'est la perversion de la contractilité musculaire; tels sont le fourmillement, les picotements, les engourdissements, les crampes, tous phénomènes d'une importance majeure, parce qu'ils annoncent souvent quelle est l'espèce du travail morbide qui existe dans le cerveau. Les fourmillements, les crampes dans les membres, indiquent toujours un travail morbide, une modification profonde dans l'organe cérébral.

La contracture est également un phénomène de la plus haute importance: c'est ce que l'on appelle encore le spasme tonique ou contraction permanente. Un célèbre professeur qui s'est occupé beaucoup des affections de l'encéphale, a donné à la contracture une signification toute spéciale. Il a cru qu'on la rencontrait toujours lorsqu'il existe un travail inflammatoire dans le cerveau. Malgré toute l'estime que je professe pour M. Lallemand, je ne puis adopter cette opinion. J'ai rencontré un grand nombre de cas dans lesquels il n'y avait aucune altération phlegmasique dans le cervau, et où cependant on rencontrait de la contracture. Si vous admettez que l'apoplexie est une inflammation, l'opinion de M. Lallemand sera incontestablement juste; mais vous ne pouvez l'admettre. Or, dans l'apoplexie, il y a souvent contracture. Vous ne pouvez admettre en aucune façon que la contracture annonce toujours un travail phlegmasique dans le cerveau et n'admettre que cela.

Reste à vous parler des mouvements convulsifs considérés comme signe. La convulsion peut dépendre de l'inflammation de la pulpe cérébrale ou de ses enveloppes. Mais elle peut appartenir aussi à

d'autres maladies ; elle peut être le signe d'autres lésions qui ne laissent pas de traces matérielles apparentes. La convulsion peut également être produite par des désordres organiques ou par des spasmes ; aussi faut-il prendre garde de s'en laisser imposer par leur existence.

De la paralysie. — Ce que nous allons vous exposer aujourd'hui au sujet de la paralysie et de sa valeur séméiotique, est véritablement, et si nous pouvons sans prétention nous servir de cette expression, le triomphe de l'organicisme. Il y a vingt-cinq ans environ, on pensait que la paralysie était une maladie essentielle ; l'auteur de la *Nosographie philosophique* avait cette opinion, et regardait la paralysie comme une maladie que l'on ne pouvait rattacher à aucune lésion matérielle des organes, et c'est à peine s'il ajoute comme en passant et par exception : On la trouve *quelquefois* accompagnée de lésions cérébrales ; preuve certaine qu'il ne voyait entre la paralysie et l'altération pathologique aucun rapport de cause à effet.

Lorsque plus tard M. Rochoux publia ses recherches sur l'hémorrhagie cérébrale, il donna la paralysie comme un symptôme de cette maladie ; mais il ne la présenta pas toujours et partout comme se rattachant, comme résultat, à une lésion matérielle. Une preuve encore de notre assertion, c'est que l'Académie des sciences, à peu près vers la même époque, avait chargé deux médecins de faire des expériences sur l'efficacité du fluide électrique et sur ses applications dans la paralysie. Ainsi, ce symptôme était considéré comme une maladie particulière. Pour nous, aujourd'hui, la paralysie est le signe le plus précieux, le symptôme le plus important dans la détermination de la nature et du siége d'une lésion cérébrale. Elle fait toucher au doigt, pour ainsi dire, l'étendue et le siége précis de l'altération pathologique. Bien que ce point de la science soit un peu loin, nous tâcherons de vous l'exposer complétement et aussi brièvement que possible.

Depuis que l'on a considéré la paralysie comme un symptôme, on a établi des distinctions ; on a divisé la paralysie en idiopathique et symtomatique, c'est-à-dire accompagnée ou non de lésions matérielles organiques. Si, par idiopathique, on a entendu dire une paralysie dans laquelle on ne trouve aucune lésion soit du membre paralysé, soit des nerfs qui s'y rendent, on a eu raison de dire qu'il peut y avoir des paralysies de ce genre. Il y a des cas, et ils ne sont point rares, dans lesquels il est difficile de distinguer la cause à laquelle on doit rapporter la paralysie. Nous avons maintenant, dans nos salles, une femme âgée qui a été dernièrement trouvée par terre dans la rue, et qui, pour le dire en passant, a eu depuis une pneumonie. Depuis trois ans, cette femme éprouve une faiblesse très-considérable dans le bras et dans la jambe d'un seul côté. Bien qu'elle eût perdu connaissance dans la rue, ce qui aurait pu en imposer pour une affection cérébrale, en rapprochant ces circonstances, nous avons pensé cependant que ces accidents du côté des membres dépendaient d'un rhumatisme chronique. Nous avons cité cet exemple pour faire voir que les cas au premier abord les plus simples peuvent être assez peu faciles à reconnaître, quand on les examine de près.

La paralysie peut dépendre d'une foule d'altérations du cerveau ; mais elle peut dépendre quelquefois aussi des organes qui transmettent le mouvement. On nous a reproché de mettre toujours la paralysie dans le cerveau, et on a publié des faits contraires à cette opinion qu'on nous attribue. Mais on a feint d'ignorer que nous avions admis cette paralysie déterminée par des lésions organiques autres que des lésions cérébrales ; nous aurons encore plus d'une fois occasion de vous signaler la *loyauté* de ces attaques.

Il existe donc, disons-nous, une *paralysie sans lésions*.

Qu'est-ce que la paralysie sans lésions ? A l'époque dont nous vous parlons, on admettait l'apoplexie nerveuse dans tous les cas où l'on ne pouvait trouver la cause matérielle d'une mort subite. Il n'est pas toujours facile de rapporter les accidents de la nature de ceux de l'apoplexie, et même la mort subite, à des altérations tombant sous les sens. Cependant, autrefois, les apoplexies dites nerveuses étaient beaucoup plus communes qu'aujourd'hui. Lorsque, le premier, nous eûmes signalé le ramollissement comme pouvant déterminer la mort instantanée, l'apoplexie nerveuse disparut peu à peu, de même que la paralysie nerveuse, ou du moins devint de plus en plus rare. Cependant, malgré les progrès qu'a faits dans ce sens l'anatomie pathologique, il y a des cas encore, de paralysie plus ou moins complète, qu'il est totalement impossible de rattacher à une altération appréciable, quelle qu'elle soit. J'en ai réuni un assez grand nombre exprès, et cela n'ôte, selon nous, nullement sa valeur séméiotique à la véritable paralysie.

Les sujets qui ont commis des excès vénériens éprouvent une grande difficulté à mouvoir les membres abdominaux. Dans les cas de pertes séminales involontaires, comme l'a dit M. Lallemand, qui, nous devons le dire aussi, malgré la grande estime que nous professons pour ce maître, a peut-être un peu exagéré la valeur de cette affection dans les cas de pertes séminales involontaires, il y a souvent affaiblissement marqué du système musculaire. Beaucoup de tremblements, le tremblement mercuriel, par exemple, celui des ivrognes ; le tremblement plus rare, dû aux préparations saturnines, ne doivent pas appartenir à une lésion sensible des centres nerveux.

Dans la paralysie saturnine, il n'y a aucune lésion bien appréciable à laquelle on puisse rapporter ce phénomène. Il y a dans l'influence magnétique des phénomènes qui semblent ne point appartenir à des lésions locales. Vous ne connaissez pas les lésions, mais est-ce à dire qu'il n'en existe pas ? Du reste, ces paralysies idiopathiques sont beaucoup plus rares que les autres. Elles sont aux paralysies symptomatiques dans un rapport tel, que nous ne croyons pas exagérer en disant que ce rapport est *comme un à cent*. Cette paralysie frappe le plus ordinairement sur les organes de la vie de relation. Cependant elle atteint quelquefois aussi ceux de la vie de nutrition. Le rectum, les intestins en sont quelquefois le siége.

Il existe une forme de paralysie qui porte sur les organes du sentiment. Cette forme peut se montrer seule ou concurremment avec la paralysie du mouvement. Nous y reviendrons plus tard.

On doit considérer la paralysie relativement à son siége, à son étendue, à son intensité, à sa marche, à sa durée. Des renseignements qu'elle fournit, envisagée ainsi sous ces divers rapports, il résulte des signes propres aux diverses affections cérébrales. La paralysie est un symptôme d'un grand nombre d'affections cérébrales, nous dirons presque de toutes. On l'observe également dans les affections aiguës ou chroniques ; elle arrive dans la congestion cérébrale ou coup de sang ; elle peut être alors générale ou partielle. Elle survient dans l'hémorrhagie cérébrale ; on l'observe dans le ramollissement non inflammatoire du cerveau, dans l'encéphalite, dans la méningite, dans l'hydrocéphale aiguë, dans l'anémie cérébrale, toutes les fois que le cerveau ne se trouve pas dans son type normal ; dans les cas de tumeurs fongueuses de la dure-mère et du cerveau ; dans le cancer, les tubercules du cerveau ; lorsqu'il y a des encéphalocystes, dans les dégénérescences osseuses, etc. Jugez de ce que devait être la médecine quand on employait un seul et même traitement contre tous ces accidents qui reconnaissent des causes si éminemment différentes.

Considérons d'abord la paralysie suivant son siége. Elle peut être générale, comme aussi elle peut n'affecter qu'une portion du corps. Elle peut frapper la moitié du corps, que nous supposerons divisé en deux portions par une ligne verticale ; c'est l'hémiplégie. Elle peut frapper la moitié inférieure, c'est la paraplégie ; un bras ou une jambe seulement ; ou bien encore, et c'est assez rare, un bras d'un côté et la jambe de l'autre : c'est la paralysie croisée. Elle peut frapper la langue, le pharynx, l'œsophage, l'anus, etc. Quelle est la signification de ces diverses espèces, et d'abord de la paralysie générale ?

La paralysie générale peut survenir quand l'altération qui la produit affecte le cerveau dans sa totalité. Il y a alors immobilité complète. Cependant il faudrait se garder de croire que la paralysie générale eût toujours pour cause une affection générale du centre nerveux ; elle peut reconnaître pour cause une lésion locale et même circonscrite dans un assez petit espace ; mais alors la lésion est centrale.

Je me rappelle, dans le temps où je m'occupais de mes premières recherches, avoir rencontré des paralysies générales à la suite d'inflammation générale, de suffusion séreuse, et j'en ai tiré cette conclusion, que puisque l'inflammation est générale, il n'est point étonnant que la paralysie soit aussi générale. Un jour nous rencontrâmes une hémorrhagie chez un sujet qui avait une paralysie générale. Nous avions diagnostiqué une affection générale du cerveau ; mais l'hémorrhagie, bien que circonscrite, était tellement considérable, que le volume de l'hémisphère malade avait augmenté et comprimait le côté opposé.

A peu de distance de là, se présenta à nous une vieille femme atteinte d'une paralysie complète : nous ne fîmes plus la faute de porter, comme dans le cas précédent, un diagnostic non suffisamment appuyé sur des bases solides. A l'autopsie, la boîte osseuse étant enlevée, le cerveau, encore enveloppé de ses membranes, ne nous parut pas devoir être le siége d'une altération bien considérable. Le cerveau fut examiné avec soin ; les deux hémisphères furent coupés en lames minces, et nous ne trouvions rien. Cependant les symptômes avaient été très-intenses pendant la vie. Enfin, parvenu à la protubérance annulaire, nous trouvâmes à son centre un épanchement sanguin du volume d'une aveline, occupant exactement la partie moyenne du mésocéphale. De ce moment, nous nous crûmes en droit de conclure que lorsque l'altération est centrale, les phénomènes doivent être généraux.

Ainsi, pour nous résumer, la paralysie peut être générale, ou lorsque le volume d'un hémisphère est assez augmenté par suite de cette altération pour qu'il comprime l'hémisphére voisin, ou enfin lorsqu'elle est centrale. Disons, en passant, que la maladie dans laquelle cette paralysie générale se rencontre le plus ordinairement, c'est l'hémorrhagie cérébrale quand elle est fort étendue. Nous l'avons également rencontrée, mais plus rarement, dans des cas de ramollissement.

La paralysie générale peut varier suivant ses causes ; on peut la rapporter souvent au narcotisme, à l'ivresse ; mais alors elle n'est que passagère et se dissipe en même temps que la cause cesse. Ce qui distingue celle qui est le résultat de l'hémorrhagie de celle que cause la congestion cérébrale, c'est que la première persiste, tandis que la seconde disparaît ordinairement assez vite. Dans les cas de ramollissement, elle s'aggrave et devient plus intense. L'hémiplégie est la plus fréquente incontestablement de toutes les paralysies qui sont les symptômes d'affections cérébrales. Ici se présente tout d'abord une immense difficulté. L'hémiplégie arrive dans un des côtés du corps seulement, dans celui qui est opposé à la lésion organique qui l'a produite. Si la lésion cérébrale existe dans l'hémisphère gauche, l'hémiplégie occupera le côté droit pendant la vie. Cette vérité, qu'il est impossible de mettre en doute, et que les faits démontrent chaque jour, avaient été entrevue par les anciens. Arétée compare l'entrecroisement des nerfs dans le cerveau à un X. Aussi est-ce par cette disposition qu'il explique le mécanisme de la paralysie opposée à la lésion. J'ai vu quelque part, sans pouvoir me rappeler précisément à quel endroit, que Galien avait émis la même opinion.

Cet entrecroisement fut considéré avec peu d'attention par la plupart des médecins anciens. On trouve dans Morgagni quelques exemples de paralysie avec entrecroisement indiqué ; mais on signale le fait sans y attacher la moindre importance, sans en tirer la moindre conclusion.

Gall est celui des auteurs qui a le premier appelé l'attention sur ce fait, et qui y a grandement insisté. Depuis ce temps, les observateurs, étant avertis, ont porté plus d'attention à déterminer les points exacts et précis de l'organe cérébral qui présidaient aux divers mouvements du corps. Je puis affirmer avoir vu constamment la lésion d'un côté du cerveau produire la paralysie du côté opposé du corps. Cependant nous devons, ici comme partout, tenir compte des cas exceptionnels. Il nous suffira de dire, sans

analyser les cas rapportés par les auteurs, que nous n'avons trouvé ni dans les leurs, ni dans les nôtres, un seul cas bien évidemment confirmatif de l'hémiplégie survenue du même côté que la lésion cérébrale. Plusieurs causes d'erreur peuvent diminuer la confiance que l'on aurait dans les observations faites avant que l'attention ne fût fixée sur ce point de l'entrecroisement. D'abord, on peut facilement se tromper en indiquant le côté malade, même dans des observations écrites; et l'erreur est tellement facile, tellement commune, que souvent il m'est arrivé à l'amphithéâtre, ayant examiné dans les salles un malade hémiplégique, de demander aux élèves de m'indiquer le côté paralysé, et il se trouvait autant d'avis pour l'un des côtés que pour l'autre.

J'ai retrouvé dernièrement, dans mes observations, la feuille manuscrite contenant un fait que j'ai publié dans mon ouvrage sur le ramollissement, pour prouver la possibilité d'une lésion survenue du même côté que la paralysie; mais le titre porte : Paralysie du côté gauche; et dans le cours de l'observation, j'ai trouvé l'indication de la paralysie comme étant du côté droit. Dans l'un ou l'autre des deux endroits on s'est nécessairement trompé. Or, le titre n'ayant pas été imprimé dans l'ouvrage, on s'est trouvé, en se rapportant au texte de l'observation, avoir affaire à une paralysie du même côté que la lésion. Il est fort curieux que j'aie eu le hasard de retrouver, après vingt-trois ans, une observation aussi curieuse que celle-là, et je dois ici avouer hautement qu'en donnant comme cas exceptionnel l'observation dont je parle, je me suis trompé; c'est un fait qui rentre dans la loi commune. Or, si je me suis trompé ainsi à une époque où je m'occupais presque exclusivement des maladies de l'encéphale, et où je cherchais par de nouvelles et minutieuses investigations à éclairer la science sur ce point encore si obscur, il n'y a point d'impossibilité que d'autres se trompent aussi, qui n'auront ni la même habitude d'observation, ni le même intérêt à noter avec soin toutes les circonstances.

M. Andral rapporte, dans sa *Clinique médicale*, deux cas analogues à celui que j'ai cité de paralysie du même côté que la lésion. J'ai tout lieu de croire qu'il y aura eu, dans ces cas, erreur comme dans le mien. Dans un des cas, il n'est pas fait mention de cette singularité dans le commentaire qui accompagne l'observation. Ainsi, il y a au moins doute sur les cas qui ont été donnés par les auteurs comme présentant des exemples de lésions existant du même côté que la paralysie. Il y a un point du cerveau où l'entrecroisement des fibres nerveuses n'a pas lieu. Dans les cas où la lésion porte sur ce point, la paralysie peut se trouver du même côté que le siége de l'altération. C'est à la partie postérieure du cerveau que se trouve le point où les faisceaux ne s'entrecroisent pas. (*La suite au prochain n°.*)

6. *Recherches cliniques sur les maladies du cœur;* par C. Forget, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg.

(Suite : voir Encycl., t. 143, juillet 1844, p. 19.)

(Gazette médicale de Paris, Nos 29 et 30.)

Art. II. — *Altérations de la valvule mitrale seule.*

Après avoir étudié les effets du rétrécissement isolé de l'orifice aortique, recherchons quels sont ceux du rétrécissement de l'orifice mitral.

Ici, comme pour l'orifice aortique, l'insuffisance est presque toujours liée au rétrécissement; et cette double altération résulte d'une lésion organique constituée par l'épaississement, la déformation, la dégénérescence cartilagineuse, ossiforme ou autre des tissus constituant les valvules. Ici encore les signes les plus expressifs consistent dans des bruits de soufflet plus ou moins rudes, mais disposés dans un ordre inverse de ceux qui caractérisent la lésion de l'orifice aortique; c'est-à-dire que le rétrécissement mitral donne lieu à un bruit de soufflet isochrone à la diastole ou au second temps, tandis que le bruit occasionné par l'insuffisance coïncide avec le premier temps ou la cystole du cœur, ce qui s'explique très-bien par le mécanisme des valvules. Mais comme ces deux bruits, lorsqu'ils existent ensemble ou séparément, pourraient tout aussi bien être attribués à la lésion de l'orifice aortique, on assigne pour caractère spécial aux bruits résultant de la lésion mitrale de n'être percevables à l'oreille de l'explorateur que dans un espace circonscrit par les limites du cœur, tandis que les bruits de l'orifice aortique se propagent le plus ordinairement dans l'aorte ascendante. On constate, en effet, que le souffle mitral ne dépasse guère l'espace occupé par le cœur; mais comme, d'une part, les bruits de l'orifice aortique ne se propagent pas toujours dans l'aorte, et que, d'autre part, les altérations des orifices mitral et aortique coïncident fréquemment, cette localisation des bruits est extrêmement fallacieuse en pratique, puisqu'un bruit aortique non propagé dans l'aorte peut être pris pour une lésion mitrale, et que des lésions à la fois mitrale et aortique peuvent faire croire à une lésion de l'orifice aortique seul, lorsque les bruits sont perçus dans l'aorte ascendante.

Eh bien! il est une conséquence anatomique de la lésion mitrale *isolée* qui ne laisserait aucun doute sur la réalité de cette lésion, si l'on parvenait à la constater clairement pendant la vie; cette conséquence, que nous ne craignons pas d'ériger en axiome est celle-ci : « Le rétrécissement isolé de l'orifice mitral existe toujours sans dilatation et le plus souvent sans notable hypertrophie du ventricule gauche. » Cela résulte de la grande loi qui domine toute la pathologie de l'anévrysme du cœur, à savoir que *la dilatation avec ou sans hypertrophie existe toujours en arrière de l'obstacle au cours du sang,* loi qui ressortira de l'ensemble de notre travail.

Non-seulement le rétrécissement mitral isolé ne donne pas lieu à la dilatation du ventricule gauche, mais encore il occasionne le plus souvent le rétré-

cissement de ce ventricule, rétrécissement qui peut exister avec ou sans hypertrophie. Nous n'avons en vue, dans cet article, que la non-dilatation ou le rétrécissement sans hypertrophie, le rétrécissement avec hypertrophie constituant ce qu'on appelle l'*hypertrophie concentrique*, dont nous traiterons spécialement dans un chapitre à part, cette lésion ne reconnaissant pas pour cause unique le rétrécissement mitral, et devant donner lieu, par conséquent, à des considérations toutes particulières. Néanmoins, réservant la plupart de nos observations de lésion mitrale isolée pour élucider l'histoire de l'hypertrophie concentrique, celle-ci servira de complément à l'article actuel, qu'il nous sera ainsi permis de beaucoup abréger, nous bornant à un exemple lui-même emprunté à un travail par nous publié en 1837. (*Lettre à M. Rayer sur l'albuminurie.*)

Anasarque; maladie du cœur; urines albumineuses; mort; rétrécissement et insuffisance de la valvule mitrale.

Obs. XXII. — Femme de 48 ans, de constitution sanguine, lymphatique, journalière. Elle a cessé d'être réglée il y a un an. Depuis plusieurs années elle éprouvait des palpitations, de la dyspnée, de la toux, phénomènes qui, dit-elle, se sont accrus depuis la cessation des règles. Elle n'a jamais eu de rhumatismes ni de fièvres intermittentes. Il y a quatre mois qu'elle fut obligée de s'aliter. Un œdème qui, depuis longtemps, occupait les pieds, s'étendit aux jambes, puis aux cuisses. Il y a six semaines que l'abdomen commença à se tuméfier. Elle a toujours négligé son état et n'a point fait de médication active. Elle entre à la Clinique le 6 juin 1837.

Etat actuel : orthopnée; toux fréquente, crachats rares et muqueux, sans douleur thoracique; poitrine sonore; quelques ronchus disséminés; la région précordiale présente une matité de 4 à 5 pouces en tous sens; point de voussure appréciable; les battements du cœur sont assez forts, tumultueux, irréguliers, étendus; la petitesse du pouls contraste avec la force d'impulsion du cœur, qui, du reste, ne laisse apercevoir à tous ceux qui l'auscultent aucun bruit anormal; anorexie, soif vive, langue blanche; l'abdomen, un peu rénitent, est sensible à la région hépatique; le foie dépasse de deux à trois doigts les fausses côtes. On ne perçoit pas dans l'abdomen de fluctuation bien manifeste. Selles régulières; urines rares, troubles, expulsées avec douleur. Les jambes, les cuisses, sont œdématiées, froides, livides. La face, un peu bouffie, est légèrement cyanosée; reflux veineux dans les sous-clavières.

Diagnostic : dilatation avec légère hypertrophie du cœur, affectant surtout les cavités droites; rétrécissement probable de l'orifice aortique. (Saignée de 8 onces; looch avec teinture de digitale, 1 scrupule; frictions avec teinture de scille et de digitale sur les membres; chiendent nitré.)

Le 7, la malade crache un peu de sang; point de soulagement. Pouls toujours petit et fréquent. (Même traitement, moins la saignée.)

Le 8, même état. La malade n'a pas uriné depuis vingt-quatre heures. Nous pratiquons le cathétérisme, qui ne donne que quelques onces d'urine foncée en couleur, et qui, traitée par l'acide nitrique, fournit un précipité blanc, cailleboté, formant la moitié du liquide qui ne perd pas sa couleur foncée. Alors nous prononçons qu'il existe une affection des reins, accompagnant ou peut-être ayant précédé l'affection du cœur. (Même traitement; 15 ventouses scarifiées sur la région lombaire; quelques mouchetures sur les jambes, qui sont extrêmement infiltrées.)

Un peu de soulagement les jours suivants.

Le 12 au matin, l'état n'est pas plus grave que celui de la veille : cyanose, petitesse du pouls, orthopnée persistante. (Chiendent nitré; frictions de teinture de digitale.) Pilules :

Pr. :	Calomel.	4 gr.
	Poudre de scille. . .	3
	— de digitale. .	2
	Extrait de chicorée. .	q. s.

Pour quatre pilules à prendre dans la journée.

Vers le soir, la respiration s'embarrasse davantage; mort.

Nécroscopie trente-six heures après la mort.

(Nous négligeons les autres détails de l'autopsie pour arriver immédiatement à l'état du cœur.) Point d'épanchement dans le péricarde. Le cœur est volumineux, aplati, plus large dans le sens transversal (cœur en gibecière). Les cavités droites sont remplies de caillots de sang noir et d'un coagulum ambré occupant l'orifice auriculo-ventriculaire. L'oreillette droite est sensiblement dilatée, légèrement hypertrophiée; la valvule tricuspide est sans altération. Le ventricule droit est dilaté et sensiblement hypertrophié (2 lignes 1/2 d'épaisseur). L'orifice de l'artère pulmonaire n'offre rien de particulier. L'oreillette gauche contient un peu de sang en caillots, elle est légèrement dilatée et hypertrophiée comme la droite; son auricule est considérablement dilatée et hypertrophiée, et forme un appendice de près de 3 pouces de longueur. Le ventricule gauche n'est ni dilaté, ni hypertrophié; il paraît même plus étroit qu'à l'état normal. Les valvules de l'orifice mitral sont relevées, adhérentes l'une à l'autre, épaissies, ossifiées et comme incrustées de stalactites constituant un orifice solide, circulaire, admettant à peine l'extrémité du petit doigt. Les valvules aortiques et l'aorte elle-même sont parfaitement saines.....

Reins de volume normal, non déformés, de couleur naturelle, un peu mous; à la section, ils offrent un tissu parfaitement sain, sans anémie ni granulations. Les urines retirées de la vessie donnent un précipité d'albumine par l'acide nitrique et la chaleur, etc.

Quelque intéressante que soit cette observation d'hydropisie, avec urines albumineuses, sans lésion des reins, une des premières qui aient été publiées; nous passons sur les considérations relatives à cet objet pour nous en tenir à ce qui nous occupe actuellement. Il y a, dans le diagnostic que nous portâmes alors, deux erreurs que nous ne commettrions pas aujourd'hui : la première est d'avoir affirmé la lésion des reins; la seconde est d'avoir admis comme probable le rétrécissement de l'orifice

aortique. Les symptômes militaient évidemment pour un rétrécissement de l'orifice mitral. Aussi est-ce la lésion que nous rencontrâmes à l'autopsie; et voici les réflexions que j'émettais à ce sujet : « Voyez cette ossification avec rétrécissement et insuffisance de la valvule mitrale produire la dilatation et l'hypertrophie de l'oreillette gauche, puis l'engorgement des poumons, puis la dilatation et l'hypertrophie des cavités droites..... J'avais diagnostiqué un rétrécissement probable de l'orifice aortique, et en vérité j'etais bien excusable, car je n'avais aucun bruit pour m'éclairer..... Je n'avais donc que la petitesse du pouls comparée à la force d'impulsion du cœur, etc. » Or, j'omettais un signe tiré précisément de la circonstance suivante, que j'ai signalée sans en déduire la valeur diagnostique, à laquelle je ne pensais pas alors : « Le ventricule gauche recevant peu de sang par l'orifice mitral rétréci ne pouvait en pousser beaucoup dans l'aorte, puis le peu de sang refluait encore pendant la systole par cet orifice mitral resté béant. *Aussi ce ventricule gauche était-il la seule des quatre cavités qui ne fût pas dilatée.* »

Ces remarques, faites il y a sept ans, ont d'autant plus de valeur qu'elles prouvent que nos principes d'aujourd'hui ne sont pas le produit d'un aperçu récent, superficiel et d'une idée préconçue; ils résultent au contraire d'une observation longtemps et fréquemment répétée, et recevront la confirmation de faits nombreux dans la suite de ce travail. Nous pouvons donc, par anticipation, formuler les règles suivantes.

Dans les cas de dilatation avec ou sans hypertrophie du cœur, on pourra reconnaître que l'orifice mitral est seul affecté ou du moins principalement affecté aux symptômes que voici :

1° Voussure précordiale nulle ou prononcée; car la voussure est ordinairement le produit de la force d'impulsion du ventricule gauche hypertrophié.

2° Matité précordiale plus étendue ou au moins aussi étendue dans le sens transversal que dans le sens vertical; car c'est dans les cas de lesion mitrale dominante qu'on rencontre principalement le *cœur en gibecière.*

3° Les battements du cœur seront moins forts, repousseront moins énergiquement l'oreille de l'observateur que dans les cas d'hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche.

4° Le pouls sera petit, comme dans les cas de rétrécissement aortique, mais moins dur, moins serré, poussé que sera le sang par un ventricule gauche moins énergique.

5° Il serait heureux que tous les praticiens pussent acquérir le degré d'habileté plessimétrique, qui, selon M. Piorry, lui permet de limiter par la percussion les diverses cavités du cœur; car on aurait alors un moyen de constater directement la non-dilatation et le défaut d'hypertrophie du ventricule gauche.

6° En attendant, les quatre signes précédents qui dérivent rigoureusement de la lésion mitrale sans altération du ventricule gauche suffiront, dans la plupart des cas, pour diagnostiquer cette lésion qu'il nous arrive journellement de préciser sur le vivant, sans trop de difficulté et sans trop d'erreurs.

7° De ce qui précède, il résulte que les bruits du cœur, dont nous avons signalé plus haut les caractères ambigus, ne sont plus que des signes accessoires, dont il faut tenir compte sans doute, mais à titre de simples éléments confirmatifs.

8° Quant aux conséquences thérapeutiques à déduire des faits précédents, sans avoir d'importance fondamentale, elles ne manquent pas néanmoins d'une certaine valeur; en effet, il est clair que la non-hypertrophie du ventricule gauche étant constatée, on pourra se dispenser d'employer des debilitants très-énergiques; car le ventricule gauche n'aura pas trop de sa force normale pour pousser dans les artères le peu de sang qu'il reçoit par l'orifice mitral rétréci, orifice insuffisant par lequel reflue encore ce peu de sang pendant la systole. Ainsi l'on sera sobre de saignées larges et répétées, et l'on se montrera discret dans l'emploi de la digitale et des autres sédatifs. Ces cas sont sans doute de ceux où, trompant l'espoir des praticiens, le système banal de traitement de l'anévrysme cause plus de mal que de bien et donne lieu parfois à des catastrophes imprévues.

Art. III. — *Altérations simultanées des valvules mitrale et aortique.*

De toutes les altérations organiques du cœur, une des plus fréquentes, sinon la plus commune, est la lésion simultanée des orifices aortique et mitral. On pense généralement que c'est la lésion de l'orifice aortique qui se présente le plus souvent; or il résulterait des chiffres énoncés au commencement de ce chapitre que cette lésion ne se présenterait isolément que dans un tiers des cas environ, tandis que les deux autres tiers seraient représentés soit par la lésion de l'orifice mitral seule, soit par la lésion simultanée des orifices aortique et mitral. Après avoir étudié ces lésions dans leur état d'isolement, il est donc important de les examiner dans leurs combinaisons. Or les notions que nous possédons déjà peuvent nous faire pressentir ce qui doit arriver lorsque cette double lésion existe; mais, pour ne rien préjuger, exposons d'abord les faits et voyons s'ils confirment pleinement les données de la théorie.

Lésion simultanée des orifices mitral et aortique; absence de dilatation et d'hypertrophie du ventricule gauche.

Obs. XXIII. — Une fille de 26 ans, de belle constitution, tempérament sanguin, servante, entre à la Clinique le 30 octobre 1839. Elle raconte qu'il y a trois ans elle a été affectée d'un rhumatisme aigu de très-longue durée, dans le cours duquel elle a eu des palpitations, de la dyspnée et de l'infiltration des jambes. Cependant ces symptômes se dissipèrent ou à peu près. Il y a six mois que, de nouveau, la respiration devint courte, essoufflée; puis elle s'aperçut que ses jambes et son ventre gonflaient. Ces symptômes s'aggravant l'obligent à entrer à l'hôpital. Nous constatons l'état suivant : face bouffie, légèrement cyanosée; yeux brillants, injectés; veines variqueuses avec reflux veineux au cou; pouls médiocrement développé, fréquent, par-

fois irrégulier. Point de voussure appréciable, mais matité étendue de la région précordiale, surtout à droite. Frémissement cataire au toucher; bruit de souffle râpeux au premier temps; dyspnée extrême, poitrine sonore, bruit respiratoire normal, sauf quelques bulles de râle d'œdème. Ascite énorme; membres abdominaux considérablement infiltrés, bleuâtres. Appareil digestif à l'état normal; urines rouges et rares. (Infus. de genièvre, pilules de poudre de digitale 5 centig. matin et soir, fomentations de solution de teinture de scille et de digitale sur l'abdomen. Le quart d'aliments.)

Le 3 novembre, même état (*ut suprà*, saignée de 240 grammes); le mieux qui s'en suit fait répéter la saignée deux jours après. On continue les diurétiques (digitale, nitre, oximel scillitique); les fomentations sur le ventre déterminent un érysipèle; il survient des sueurs; les urines sont plus abondantes.

Vers la fin du mois, l'infiltration a beaucoup diminué, la malade est bien mieux, mais la dyspnée persiste, ainsi que le souffle râpeux au premier temps; le pouls est petit, assez lent, irrégulier. (Diurétiques, laxatifs.)

Vers le milieu de décembre, la malade se trouve assez bien; l'ascite est presque dissipée; cependant on a découvert du souffle tubaire et de l'égophonie dans un côté du thorax. La matité précordiale est toujours plus étendue en largeur qu'en hauteur et la malade paraît s'affaiblir. Elle se traîne ainsi pendant longtemps.

Le 2 mars, on trouve que la faiblesse et l'œdème ont fait de nouveau des progrès. Bruit de souffle au deuxième temps, qu'on distingue à peine à travers le tumulte du cœur. (Diurétiques, sédatifs, alimentation légère.)

Le 4, imminence de suffocation le soir. Dans la nuit du 6, délire.

Le 10, coloration livide de la face et des muqueuses, orthopnée, battements du cœur tumultueux, pouls filiforme, manquant au poignet gauche; affaissement extrême. (Sinapismes, potion excitante.)

Le 11, mort assez paisible.

Nécroscopie 30 heures après la mort.

Cavité crânienne. Sinus injectés, un peu de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde et dans les ventricules cérébraux.

Cavité thoracique. Epanchement séreux, limpide, dans la plèvre gauche qui est tapissée d'une pseudo-membrane, mais ancienne, vasculaire, organisée. Poumon de ce côté refoulé et comme ratatiné; poumon droit à l'état sain, sauf un peu d'engouement séro-sanguin. Un peu de sérosité dans le péricarde, vestiges de péricardite ancienne.

Cœur : portion charnue peu volumineuse. Oreillettes gorgées de sang. Les ventricules ne paraissent pas sensiblement dilatés ni hypertrophiés; les orifices mitral et aortique sont également ossifiés, déformés, rétrécis et insuffisants.

Cavité abdominale. Sérosité trouble dans le péritoine qui est arborisé et semé de petites tumeurs blanches, comme pustuleuses (péritonite dite tuberculeuse). Foie hypertrophié, etc.

Cette observation est, sous tous les rapports, un type de l'altération simultanée des orifices mitral et aortique. Peu de voussure, matité étendue transversalement, surtout à droite, point de force d'impulsion du cœur, bruits de souffle râpeux, pouls petit, sans beaucoup de résistance; et à l'autopsie, point d'hypertrophie ni de dilatation du ventricule gauche, mais développement considérable des oreillettes donnant au cœur la forme en gibecière. Eh bien! vous reconnaissez là les caractères que nous avons assignés à la lésion mitrale isolée; c'est qu'en effet c'est là que gît l'obstacle principal; la lésion aortique est en quelque sorte superflue, en tant qu'elle ne surpasse pas la lésion mitrale. Il y avait ici égalité d'altérations, ce qui explique pourquoi le ventricule gauche n'est ni dilaté ni rétréci; il reçoit autant de sang qu'il en peut transmettre par des orifices égaux, d'où la conservation de ses proportions normales. Dans le fait suivant, l'égalité de lésion est moins complète, mais les résultats sont à peu près les mêmes.

Lésion simultanée des orifices mitral et aortique, sans altération du ventricule gauche; point d'hydropisie.

Obs. XXIV. — Une femme de 65 ans, affectée de catarrhe chronique, dit avoir éprouvé, pour la première fois, il y a seulement quelques mois, des palpitations avec dyspnée. A son entrée à la Clinique, le 6 décembre 1837, on constate : toux, crachats puriformes, dyspnée extrême, râles divers disséminés dans le thorax. Bruits du cœur assez forts, tumultueux, obscurcis par les râles pulmonaires. Pouls petit, irrégulier; pulsations manquant quelquefois. Extrémités froides, cyanosées, sans beaucoup d'infiltration. (Petite saignée, looch avec soufre doré d'antimoine, 5 centig.; sinapismes aux jambes, soupe.)

Pendant deux jours, il paraît y avoir un peu d'amélioration; mais bientôt la respiration s'embarrasse de plus en plus, le cœur et le pouls deviennent plus faibles, plus irréguliers; la cyanose devient plus foncée (laxatifs, stimulants, révulsifs), et la malade succombe le 15, sept jours après son entrée.

Nécroscopie 48 heures après la mort.

Cavité thoracique. Poumons engoués de sérosité et de mucus sanguinolents; muqueuse bronchique d'un rouge sombre. La portion charnue du cœur ne paraît pas augmentée de volume, mais les oreillettes sont considérablement distendues par des caillots. La valvule mitrale est transformée en une sorte d'anneau osseux admettant à peine la pulpe de l'index (rétrécissement et insuffisance); les valvules aortiques sont ossifiées, déformées, insuffisantes, mais à un moindre degré que l'orifice mitral. Au-delà de l'orifice, l'aorte paraît sensiblement dilatée et présente quelques incrustations. Les deux ventricules n'offrent ni dilatation ni hypertrophie appréciables, sauf un peu de distension du droit par des caillots, etc.

Ainsi, lésion simultanée des orifices mitral et aortique avec prédominance d'altération de l'orifice mitral. Signes de cette lésion bien dessinés, sauf les bruits anormaux que peut-être la faiblesse du cœur empêche de se produire, et l'hydropisie qui n'a pas eu lieu, on ne sait pourquoi, peut-être à cause de la pénurie du sang. L'orifice aortique étant plus

libre que le mitral, il est probable que la cavité du ventricule gauche était plutôt rétrécie que suffisamment dilatée.

Nous épargnons au lecteur plusieurs observations, toutes semblables aux précédentes, pour arriver à une catégorie de faits un peu différents. Jusqu'ici le ventricule gauche s'est montré sans dilatation et sans hypertrophie sensibles; nous allons maintenant le voir offrant ces lésions à un certain degré.

Lésions mitrale et aortique; mort par pneumonie; hypertrophie et dilatation légères du ventricule gauche.

Obs. XXV. — Une fille de 18 ans, d'assez belle constitution, de tempérament nerveux sanguin, couturière, entre à la Clinique le 17 juin 1840. Elle dit n'avoir jamais eu de rhumatisme ni d'affection de poitrine grave. Depuis deux ans, elle éprouve des palpitations qui, de jour en jour, deviennent plus incommodes. Il y a sept jours que, pour la première fois, de l'œdème est apparu aux extrémités inférieures; dyspnée intense, teinte cyanosée de la face, augmentant quand elle fait des efforts musculaires.

Etat actuel: facies normal, léger reflux des jugulaires: légère voussure, matité précordiale de 12 centim. en carré, impulsion du cœur assez forte, battements peu fréquents, avec frémissement cataire; souffle rude et prolongé au premier temps; souffle doux et court au deuxième temps: le premier s'entend dans une grande étendue. Pouls lent, régulier, peu développé. Dyspnée légère, bruit respiratoire normal, œdème des pieds, augmentant lorsque la malade reste levée. (Saignée, chiendent nitré, potion gommée avec teinture de digitale, 15 gouttes.)

Les jours suivants, l'œdème disparaît; les bruits de souffle varient journellement d'intensité. (Diurétiques, alimentation légère.)

Vers le milieu de juillet, de la cardialgie, des vertiges font suspendre la digitale. De temps en temps de petites saignées pour calmer les palpitations.

Le 4 août, la malade se trouve assez bien pour sortir de l'hôpital, six semaines après son entrée.

Mais peu de jours après son départ, les palpitations, la dyspnée renaissent de plus belle. La malade rentre le 22 août.

Facies animé, dyspnée intense, toux, crachats striés de sang; râle muqueux, sibilants, disséminés dans le thorax; tous les symptômes circulatoires signalés ci-dessus; pouls petit, vif et fréquent. (Saignée, chiend. nitré, potion gommée avec teint. de digitale, 10 gouttes.)

Le 23, vomissements, diarrhée, crachats sanguinolents, submatité, râle sous-crépitant à la partie postérieure droite du thorax. (Ventouses scarifiées, potion gommée.)

Les symptômes pectoraux s'aggravent. Le 22, dyspnée suffocante (vésicat. aux cuisses); mort dans la soirée.

Nécroscopie 36 heures après la mort.

Thorax. Pneumonie au deuxième degré à la base du poumon droit; engouement hypostatique du poumon gauche.

Un peu de sérosité dans le péricarde. Cœur volumineux, généralement dilaté, gorgé de caillots sanguins; ventricule gauche sensiblement dilaté et hypertrophié; dilatation sans hypertrophie bien prononcée des autres cavités. L'orifice mitral est ossifié, déformé, rétréci, de manière à n'admettre que l'extrémité de l'indicateur; l'orifice aortique est également ossifié, rétréci et insuffisant. Rien de particulier dans les orifices du cœur droit.

Rien de particulier dans les autres organes, si ce n'est l'hypertrophie du foie et l'engorgement veineux des tissus, en général.

De même que les faits précédents se rapprochaient des cas où l'orifice mitral est seul affecté, de même celui-ci se rapprocherait de ceux où il existe une lésion isolée de l'orifice aortique; car le cœur gauche est sensiblement dilaté et hypertrophié, coïncidemment avec une grave lésion mitrale, il est vrai; mais il faut considérer que l'orifice aortique était aussi profondément altéré. Or, lorsque la dilatation avec hypertrophie du ventricule gauche accompagne la lésion des deux orifices, il faut admettre que l'orifice aortique est *relativement* plus étroit que le mitral. Admettant même que cette disproportion n'ait pas actuellement lieu, ne peut-on pas concevoir que si le rétrécissement aortique a précédé le rétrécissement mitral, l'hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche a pu se produire, et persister alors même que l'orifice mitral est ensuite devenu plus étroit que l'aortique? Faisons remarquer d'ailleurs que l'orifice aortique étant naturellement plus circonscrit que le mitral, une altération égale des deux orifices pourra détruire l'équilibre au détriment du premier. Ceci soit dit comme explication rationnelle, mais pourtant hypothétique de ces faits opposés en apparence aux principes généraux.

L'observation suivante ressemble à celle-ci quant aux lésions anatomiques, mais elle en diffère par quelques circonstances assez remarquables.

Altérations mitrale et aortique; pleurésie et rhumatisme intercurrents; mort; dilatation et légère hypertrophie du ventricule gauche.

Obs. XXVI. — Un homme de 41 ans, d'assez forte constitution, serrurier, entre à la Clinique le 8 décembre 1841. Il y a cinq ans qu'il fut traité à la Clinique d'un rhumatisme articulaire. Depuis lors il se portait bien, à part quelques palpitations passagères qui ne l'empêchaient pas de travailler. Il y a un mois, les battements du cœur devinrent plus continus, plus incommodes; la dyspnée s'y joignit; il survint des épistaxis.

Etat actuel: dyspnée, toux rare, sans expectoration; matité, souffle tubaire, égophonie prononcée en arrière et à gauche. Pouls petit, irrégulier; légère voussure précordiale, matité de 6 centim. en tous sens, impulsion du cœur de force moyenne, bruit de soufflet un peu rude au deuxième temps. Point d'œdème des extrémités. (Saignée, 20 ventouses scarif. au thorax; potion gommée avec, digitale 20 gouttes.)

Les jours suivants, même état: L'épanchement persiste, malgré les saignées locales, le nitre et la digitale. L'ampliation du côté gauche du thorax devient manifeste à l'œil; la mensuration fait constater

2 centim. en plus de ce côté. (Ventouses scarifiées, diurétiques, onctions mercurielles sur le thorax, vésicatoires au bras.)

Le 31 décembre, douleurs supposées rhumatismales dans les jambes ; œdème des malléoles ; dyspnée croissante ; le malade ne peut plus se lever.

Les jours suivants, les articulations des membres sont successivement affectées de gonflement rhumatismal. (Saignée, plusieurs applications de sangsues aux articulations douloureuses, potion avec teinture de semences de colchique, 4 grammes ; pilules d'extrait d'aconit.)

Le 12 janvier, diarrhée. (On supprime le colchique.)

Le 15, le rhumatisme a disparu ; restent l'épanchement pleurétique et la lésion valvulaire : souffle au deuxième temps. (Pilules d'aconit, laxatifs, emplâtre de poix de Bourgogne sur le thorax, puis vésicatoire.)

Le 1er février. Le côté gauche du thorax est rempli par l'épanchement ; oppression, faiblesse, pâleur, amaigrissement, pouls petit, irrégulier ; point d'infiltration. (Diurétiques, laxatifs.)

Le 1er mars. L'épanchement thoracique est diminué ; les côtes gauches paraissent même déprimées ; matité, faiblesse du bruit respiratoire sans égophonie.

Le 9. L'épanchement thoracique est dissipé ; on perçoit quelques râles dans le poumon gauche. (Diurétiques ; alimentation légère.)

Les jours suivants, un accès de suffocation imminente nécessite une saignée. Le bruit de souffle au deuxième temps persiste ; râle d'œdème dans les poumons. Le malade s'épuise graduellement. (Tilleul ; frictions stimulantes sur les membres.) Pilules aloétiques martiales :

Pr. :	Poudre d'aloès.	0,20
	Sous-carbonate de fer. . .	0,50
	Savon médicinal.	q. s.

Pour quatre bols, à prendre deux par jour.

Le 20 mars, dyspnée extrême, lèvres cyanosées, peau froide, pouls petit, irrégulier. Bruits du cœur faibles, sans souffle ; œdème du bras gauche. (Vésicatoires à la région précordiale ; frictions de teinture de quinquina sur les jambes.) Potion :

Pr. :	Eau de mélisse.	120,0
	Teinture de cannelle. . .	2,0
	Liqueur d'Hoffmann. . .	1,0
	Sirop d'écorces d'oranges. .	30,0

Le malade expire le 21, trois mois et demi après son entrée.

Nécroscopie quarante heures après la mort.

Thorax. Adhérences peu anciennes et pseudo-membranes recouvrant toute la plèvre gauche. Collection de sérosité circonscrite entre le diaphragme et la base du poumon gauche. Poumon droit fortement engoué ; tubercules granuleux disséminés dans toute sa substance.

Sérosité dans le péricarde ; cœur volumineux. Ventricule gauche sensiblement dilaté et hypertrophié (2 centim. d'épaisseur) : les trois autres cavités sont dilatées et paraissent légèrement épaissies. La valvule mitrale est ossifiée ; ses angles sont soudés de manière à lui donner la forme d'un anneau étroit. Les valvules aortiques sont également ossifiées, déformées, rétrécies et insuffisantes. Rien de particulier dans les autres organes.

Ici, comme dans le cas précédent, la dilatation avec hypertrophie du ventricule gauche ne peut être attribuée qu'à l'excès de rétrécissement *relatif* de l'orifice aortique. Deux nouveaux éléments ont concouru, dans ce dernier cas, à entraîner la mort : ce sont la pleurésie chronique du côté gauche et la tuberculisation miliaire du poumon droit. Il est remarquable que la pleurésie et le rhumatisme articulaire se soient développés chez un malade soumis au traitement antiphlogistique ; ces accidents, du reste, ne sont pas très-rares ; c'est ainsi que font invasion ces phlegmasies dites *ultimes* qui surviennent dans les affections chroniques avancées. (Pneumonies, pleurésies, érysipèles, etc.)

Les observations suivantes ont trait à des épiphénomènes qui ne se lient pas essentiellement, il est vrai, à la lésion simultanée des deux orifices, mais qui, s'étant rencontrés avec elle, appartiennent à cet article, et offrent d'ailleurs assez d'intérêt pour être signalés.

Lésion simultanée des orifices mitral et aortique ; bruit musical du cœur (piaulement) observé pendant trois ans ; mort par pleuro-pneumonie ; nécroscopie.

Obs. XXVII. — Une fille de 29 ans, de belle constitution, tempérament sanguin, servante, entre à la Clinique le 6 mars 1839. Elle raconte avoir fait quelques maladies qui nous paraissent sans relation probable avec son état actuel. Il y a trois mois qu'elle a commencé à ressentir des battements de cœur. Son état s'est aggravé, malgré plusieurs saignées.

A son entrée, on observe : facies coloré en rouge-bleuâtre (lie de vin) ; dyspnée intense ; palpitations fortes lorsqu'elle exerce de grands mouvements. Point de voussure appréciable, matité précordiale de 4 pouces (12 centim.). Bruit de souffle râpeux aux deux temps ; le second bruit est suivi d'un son musical manifeste, ressemblant au piaulement d'un petit poulet. Ce bruit, qui s'entend mieux dans la région droite du cœur qu'à gauche, ne dépasse pas les limites de l'organe, tandis que le double bruit de soufflet se propage dans l'aorte ascendante. Pouls petit et faible, eu égard à la force d'impulsion du cœur. Menstruation actuelle. (Chiendent nitré ; potion avec teinture de digitale, 15 gouttes ; 3 soupes.)

Au bout de huit jours, la malade se trouve suffisamment soulagée et demande à sortir, conservant toujours son bruit de piaulement.

Un an après, cette fille nous revient (6 avril 1840) ; nous constatons les mêmes phénomènes que ci-dessus, sauf une teinte cyanosée plus prononcée et de l'œdème aux pieds. Le bruit musical s'entend parfois aux deux temps et imite très-bien le chant du coucou. Les palpitations, la dyspnée sont plus intenses, plus fréquentes qu'autrefois. Une petite saignée, le nitre, la digitale, la scille, quelques antispasmodiques, tels sont les moyens qu'on met en usage, et qui procurent assez de soulagement pour que la malade sorte de nouveau le 29 avril, vingt-trois jours après sa seconde entrée.

Enfin, dix mois après, le 20 fév. 1841, cette fille revient pour la troisième fois. Elle raconte que, depuis trois ans qu'elle est malade, elle a bien été saignée une trentaine de fois, la dernière il y a six semaines. Elle éprouve actuellement peu d'oppression. C'est une amygdalite suppurée qui l'amène à l'hôpital. En examinant le cœur, nous retrouvons les bruits constatés depuis deux ans : le bruit musical a repris le timbre de piaulement de poulet. Nous constatons de plus une hypertrophie considérable du foie. (Gargarisme émollient; potion avec digitale; chiendent nitré.)

Les jours suivants, on applique des ventouses scarifiées et des frictions mercurielles sur la région du foie.

Le 6 mars, un point de côté, du râle sous-crépitant constaté dans le côté droit du thorax font prescrire une saignée.

Le 8, tout à coup, oppression considérable, toux, douleur pongitive à droite. (Saignée; cataplasme *loc. dol.*)

A partir de ce moment, la douleur persiste avec vivacité, arrachant des cris à la malade. Les ventouses, les topiques calmants, les révulsifs ne soulagent pas; la malade s'affaisse et expire le 13 mars, vingt et un jours après son troisième séjour à l'hôpital.

Nécroscopie vingt-cinq heures après la mort.

Thorax. Léger épanchement dans la plèvre droite; adhérences récentes; pneumonie au deuxième degré à la base et en arrière. Poumon gauche sain.

Sérosité assez abondante dans le péricarde. Cœur très-volumineux, distendu par des caillots sanguins. Les ventricules dilatés par des caillots ne paraissent pas sensiblement hypertrophiés. L'orifice mitral est ossifié, rétréci, insuffisant, transformé en une espèce d'entonnoir osseux, évasé du côté de l'oreillette. Les valvules sont altérées à un moindre degré, deux d'entre elles sont réunies par un point d'ossification. (Rétrécissement et insuffisance.)

Abdomen. Foie hypertrophié; prédominance de la substance jaune (cyrrhose). La vésicule biliaire est remplie de calculs. Rien de remarquable dans les autres organes.

Ce cas, assez analogue aux précédents, en diffère surtout par ce bruit de *piaulement*, ce chant du *coucou*, qui, très-certainement, ne sont que des modifications du bruit de souffle. Nous trouverons plus loin un cas semblable où l'orifice mitral était aussi gravement altéré; et si l'on songe que ces bruits étaient circonscrits à la région du cœur, on aura lieu de soupçonner avec nous que ces sons musicaux sont dus à l'altération de l'orifice mitral.

Nous avons vu à l'article I deux cas de lésion de l'orifice aortique seul, qui, par l'intensité des bruits propagés, simulaient l'anévrisme de l'aorte. En voici un autre où ces apparences coïncidaient avec une lésion simultanée des orifices mitral et aortique. On y remarquera, de plus, un signe que nous avons rencontré dans d'autres cas analogues : la dépression de l'épigastre qu'on a donnée comme un indice d'adhérence du cœur avec le péricarde.

Lésions aortique et mitrale simultanées; signes de dilatation aortique; mort; énorme hypertrophie avec dilatation du cœur, sans lésion de l'aorte; signe de Sander, trompeur.

Obs. XXVIII. — Un homme de 22 ans, d'assez bonne constitution, quoique affecté d'une déviation assez prononcée de la colonne vertébrale, jardinier, entre à la Clinique le 15 janvier 1838. Il raconte avoir antérieurement éprouvé quelques accidents du côté de la poitrine et quelques atteintes de douleurs rhumatismales, par suite desquelles il éprouve, depuis plusieurs mois, des palpitations, de la dyspnée et un affaiblissement graduel qui l'obligent à entrer à l'hôpital.

Etat actuel : facies livide, vultueux; lèvres épaisses, fortement cyanosées; dyspnée intense; sentiment de constriction à la base du thorax; poitrine bombée, ce qui peut s'expliquer par la courbure du rachis. Matité précordiale étendue (de 12 à 15 centim.); impulsion du cœur forte; frémissement cataire; double bruit de souffle râpeux, intense, qui s'entend dans toute la poitrine, paraît plus fort dans la courbure de l'aorte que dans le cœur lui-même, et se propage en haut jusque dans la carotide, en bas jusque dans la crurale. Pouls serré, vif, parfois irrégulier, sans fréquence. Toux, quelques crachats muqueux, râles d'œdème disséminés dans les deux poumons. Point d'infiltration notable des jambes.

L'étendue, l'intensité du souffle râpeux dans l'aorte ascendante nous font soupçonner une dilatation de ce vaisseau. (Saignée; boissons nitrées; potion avec digitale; alimentation légère.)

Les jours suivants, le malade est soulagé; mais la dyspnée, les palpitations s'exaspèrent quelquefois. Il survient de légères épistaxis. Ces accidents sont combattus par les moyens appropriés, et le malade sort soulagé deux mois après son entrée, conservant ses bruits anormaux.

Un an après, le 9 janvier 1839, le malade rentre, présentant les mêmes symptômes. C'est alors que nous observons une *dépression marquée au creux de l'épigastre pendant la systole du cœur*, phénomène donné par le docteur Sander comme signe d'adhérence du péricarde. De plus, le malade est affecté de gale mêlée de prurigo. (Saignée; nitre; digitale; frictions matin et soir, dans la paume des mains, avec le sulfure de chaux. (Méthode antipsorique de Pyhorel.)

Le 14 février, le malade sort de nouveau, soulagé de ses accidents du côté du cœur et guéri de sa gale deux mois après sa rentrée.

Il rentre pour la troisième fois, un mois après, le 14 mars, présentant les mêmes symptômes d'affection du cœur. Il est soulagé par les mêmes moyens (saignée, diurétiques), et sort au bout de quinze jours.

Il rentre pour la quatrième fois, le 17 août 1839, et sort le 10 septembre.

Enfin, il revient pour la cinquième fois, le 15 novembre 1839. Toujours mêmes symptômes : œdème léger avec cyanose de la face et des extrémités; conjonctives injectées; reflux des jugulaires. Oppression forte; battements du cœur tumultueux;

matité étendue ; frémissement cataire ; double souffle râpeux, entendu dans toute la poitrine et se prolongeant dans les gros vaisseaux ; pouls petit, serré, fréquent ; toux sèche ; râles d'œdème dans les poumons. Appareil digestif à l'état normal. (Saignée locale ; digitale ; pédiluves sinapisés ; diète.)

Les jours suivants, soulagement. (Ventouses scarifiées ; diurétiques ; laxatifs ; sédatifs.) Les retours de dyspnée obligent parfois à renouveler la saignée qui soulage momentanément.

En janvier 1840, l'anasarque a fait des progrès, l'ascite se prononce, les urines sont rares et foncées, sans précipité par l'acide nitrique. (Diurétiques, laxatifs, mercuriaux.)

En février, nous expérimentons la racine de caïnça contre l'hydropisie.

Pr. : Racine de caïnça. . . . 15,0
Eau. 150,0

Faites bouillir, édulcorez. A prendre par cuillerée, de deux en deux heures.

En quatre jours, nous portons la dose de caïnça à 35 grammes par potion : il en résulte des nausées ; point de diarrhée ; les urines restent rares et l'hydropisie augmente toujours.

Enfin, l'anasarque devient énorme. La dyspnée, l'anxiété s'aggravent ; les scarifications des membres sont sans résultat, et le malade succombe, le 4 mars 1840, deux ans et deux mois après sa première entrée à l'hôpital.

Nécroscopie trente heures après la mort.

Infiltration et cyanose générales.

Thorax. Adhérences pleurétiques anciennes, engouement séreux sanguin généralisé dans les deux poumons.

Sérosité dans le péricarde, *sans vestige d'adhérences* ni même de péricardite ancienne.

Cœur très-volumineux, gorgé de caillots sanguins. Le ventricule gauche est dilaté et considérablement hypertrophié (3 centimètres d'épaisseur). Le ventricule droit est très-dilaté, sans épaississement notable. Les orifices mitral et aortique sont ossifiés, déformés, manifestement rétrécis et insuffisants ; mais *le calibre de l'aorte n'a subi aucune modification ;* à peine trouve t-on dans son tissu quelques légers points d'ossification.

Le cœur, vide de sang et séparé des gros vaisseaux, pèse vingt-deux onces (680 grammes).

La colonne épinière offre une déviation latérale considérable, à concavité gauche, où est logé le cœur.

Ainsi, altération profonde des orifices mitral et aortique ; hypertrophie et dilatation du ventricule gauche, ce qui suppose un obstacle plus grand à l'orifice aortique ; énorme bruit de souffle, plus intense dans l'aorte que dans le cœur, et qui devait rationnellement faire croire à une altération de la première. Néanmoins, nous n'avons pas persisté dans cette dernière opinion, car, avant la mort de ce sujet, nous en avions observé d'autres où le même phénomène de bruit plus intense de l'aorte avait coïncidé avec un état normal de l'aorte elle-même, constaté à l'autopsie ; et dès lors nous nous sommes borné à diagnostiquer une lésion valvulaire de l'orifice aortique, attribuant ce bruit intense propagé à l'énergie de contraction de ce cœur énorme. Quant à la lésion mitrale, nous ne pouvions la rejeter ni l'admettre, car les signes qui lui sont propres se confondaient inextricablement avec ceux qui caractérisent l'altération de l'orifice aortique. Bref, nous avions ici les signes de la lésion aortique dominante, sinon unique, ce qui, au point de vue du diagnostic, revient absolument au même, ainsi que nous l'avons dit.

Nous ferons remarquer ici que dans les observations où nous avons trouvé la lésion simultanée des orifices mitral et aortique, *sans prédominance du rétrécissement aortique*, nous n'avons pas noté de bruit de souffle propagé dans l'aorte. Peut-être avons-nous parfois négligé de rechercher ou de noter l'existence de cette propagation ; mais nous sommes convaincu qu'elle doit au moins rarement exister alors, et pour deux raisons : la première, c'est que la colonne de sang qui traverse l'orifice aortique étant peu considérable, la vibration qu'elle imprime aux valvules doit être moins forte ; la seconde, c'est que le ventricule gauche n'étant pas hypertrophié, cette colonne de sang, déjà diminuée, n'est pas poussée avec assez d'énergie pour donner lieu à la propagation des bruits.

Nous avons vu à *l'article I* que la dilatation aortique pouvait produire la dilatation avec hypertrophie du ventricule gauche. Voici une observation nouvelle qui milite en faveur de cette opinion :

Dilatation avec hypertrophie générale du cœur ; lésion mitrale sans lésion de l'orifice aortique, mais dilatation et rugosités de la crosse de l'aorte.

Obs. XXIX.—Un homme de 55 ans, de constitution chétive, détériorée, journalier, entre à la Clinique le 5 septembre 1841. Il se dit affecté de catarrhe chronique depuis longues années. Depuis quelque temps, ses forces ont rapidement décliné sous l'influence de chagrins domestiques.

Etat actuel. Amaigrissement extrême, infiltration des extrémités inférieures et du bras droit. Facies cyanosé ; les veines du cou sont généralement dilatées ; reflux veineux des jugulaires. Légère voussure précordiale ; matité de 9 centim., battements du cœur faibles, obscurs, confus, irréguliers ; ses bruits sont couverts par les râles disséminés dans les poumons. Toux fatigante, crachats muqueux, puriformes ; orthopnée, faiblesse extrême de la voix. (Tilleul, sinapismes aux jambes.) Il expire dans la soirée du même jour.

Nécroscopie 36 heures après la mort.

Thorax. Les deux plèvres contiennent une certaine quantité de sérosité rougeâtre. Les deux poumons sont emphysémateux dans une grande partie de leur étendue, surtout à leurs bords tranchants, où existe quantité de petites tumeurs saillantes, formées par des vésicules aériennes dilatées.

Le péricarde contient un peu de sérosité jaunâtre. Le cœur est énormement dilaté, parsemé de petites taches, indices d'une ancienne péricardite ; toutes ses cavités sont remplies de sang noir ; le ventricule gauche est dilaté et légèrement épaissi, ainsi que les oreillettes ; la valvule mitrale est cartilagineuse, déformée, insuffisante surtout par dila-

tation des parois du cœur. L'orifice aortique ne paraît pas altéré, mais l'aorte est considérablement dilatée dans sa courbure; sa membrane interne paraît épaissie et rugueuse, soulevée qu'elle est par des points cartilagineux.

Nous n'avons ici d'autre moyen d'expliquer cette dilatation avec légère hypertrophie du ventricule gauche que d'invoquer, comme nous l'avons fait déjà, le trouble au cours du sang qui naît d'une dilatation avec rugosités de la crosse aortique.

Les quelques faits que nous venons de produire, et qu'il nous eût été facile de multiplier, suffiront, je pense, pour légitimer les propositions suivantes :

Lorsqu'il existe altération organique (rétrécissement, insuffisance) tout à la fois à l'orifice mitral et à l'orifice aortique,

1° Si le rétrécissement aortique est plus considérable que le mitral, il y a dilatation et hypertrophie générales du cœur, comme dans les cas de rétrécissement aortique isolé; seulement la dilatation et l'hypertrophie du ventricule gauche, qui reçoit moins de sang que lorsque l'orifice mitral est libre, seront en général moins prononcées; par contre, la dilatation des trois autres cavités pourra être plus considérable.

2° Si le rétrécissement mitral est plus considérable que l'aortique, il y a absence de dilatation et souvent hypertrophie du ventricule gauche, comme dans les cas de rétrécissement mitral isolé.

3° Si les deux rétrécissements sont à peu près égaux, les résultats sont à peu près les mêmes que dans le cas précédent.

4° Le diagnostic de la lésion simultanée des orifices mitral et aortique est fort difficile, en tant qu'on s'en réfère uniquement aux bruits anormaux du cœur, les deux lésions pouvant donner lieu à des bruits à peu près semblables et ces bruits pouvant se simuler mutuellement.

5° Le diagnostic ne peut guère atteindre que celle des deux lésions qui prédominerait sur l'autre : signes de la lésion aortique isolée, si celle-ci l'emporte; signes de la lésion mitrale isolée, si c'est le rétrécissement mitral qui est le plus prononcé.

6° Néanmoins, des bruits de soufflet se prolongeant dans l'aorte et existant concurremment avec le défaut de dilatation du ventricule gauche, les autres signes de l'anévrisme étant prononcés, on serait autorisé à admettre la lésion simultanée des deux orifices, soit à égal degré, soit avec prédominance de la lésion mitrale. Or, dans ce dernier cas, le souffle propagé manque ordinairement.

7° En résumé, les effets de la lésion simultanée des deux orifices sont ceux résultant de la lésion isolée de l'orifice où le rétrécissement est le plus marqué : anévrisme général si c'est l'orifice aortique, anévrisme borné à trois cavités si c'est à l'orifice mitral que l'obstacle est le plus prononcé.

8° Les conséquences thérapeutiques découlent naturellement des données précédentes : on appliquera le traitement nécessité par la lésion de l'orifice qui domine sur l'autre; ou celui qui s'applique au rétrécissement mitral isolé, lorsque les deux rétrécissements sont à peu près égaux.

Art. IV. — *Altérations des valvules du cœur droit.*

Nous avons déjà fait remarquer que les altérations organiques des valvules du cœur droit sont infiniment rares, en tant qu'altérations de tissu produisant la dégénérescence et donnant lieu au rétrécissement des orifices. Ces altérations sont si rares, en effet, que parmi le grand nombre de faits soumis à notre observation, elles ne se sont rencontrées qu'une fois, et encore comme complication d'altérations valvulaires analogues du cœur gauche. Voici le fait :

Altérations organiques des orifices mitral, aortique et tricuspide, sans signes particuliers; mort; nécroscopie.

Obs. XXX. — Une femme de 32 ans, d'assez faible constitution, entre à la Clinique le 31 juillet 1839. Elle rapporte qu'il y a six ans elle a éprouvé des palpitations qu'elle n'a plus ressenties depuis lors, mais depuis cette époque elle sent son affaiblissement augmenter. Depuis quatre ans, elle est irrégulièrement menstruée. Il y a un an que les palpitations se sont reproduites, suivies bientôt de dyspnée et d'infiltration des jambes, accidents qui se sont calmés et ont reparu à diverses reprises, et toujours plus intenses. En janvier dernier, nouvelle apparition de ces symptômes qui depuis n'ont fait que s'aggraver.

Etat actuel : maigreur, facies pâle et jaunâtre, infiltration considérable des extrémités inférieures, envahissant les parties génitales; ascite prononcée, urines rares, foncées en couleur, douloureuses au passage, ne précipitant point par l'acide nitrique. Voussure prononcée, matité étendue de la région précordiale, surtout à droite. Frémissement cataire, battements du cœur assez forts, accompagnés d'un double bruit de souffle rude, perceptible dans une assez grande étendue. Pouls fréquent, assez régulier, médiocrement développé; veines du cou variqueuses, avec reflux peu prononcé; dyspnée, toux fréquente, expectoration séro-muqueuse abondante, râles disséminés dans le thorax, appareil digestif à l'état normal, hypertrophie du foie. (Chiend. nitré, looch avec digitale, soupe au lait.)

Le 6 août. On pratique une saignée qui procure du soulagement; cependant les accidents s'accroissent de nouveau, la saignée ne les calme plus.

Le 20, l'anasarque a gagné les membres supérieurs; orthopnée, menaces de suffocation, cyanose généralisée. (Toniques, révulsifs.)

La malade succombe le 28, vingt-huit jours après son entrée.

Nécroscopie 36 heures après la mort.

Infiltration et cyanose générales.

Thorax. Sérosité dans les plèvres, engouement séro-sanguin des poumons. Un peu de sérosité dans le péricarde.

Cœur volumineux, gorgé de sang noir. Ventricule gauche sensiblement dilaté, légèrement hypertrophié. Dilatation sans hypertrophie sensible des trois autres cavités. Les valvules aortiques sont recouvertes d'une espèce de végétations d'apparence fibrineuse, solides, qui unissent les valvules, les maintiennent immobiles, forment des brides qui

traversent l'orifice béant en plusieurs sens et donnent lieu ainsi à un rétrécissement avec insuffisance très-prononcée de l'ouverture aortique. Dégénérescence fibro-cartilagineuse de l'orifice mitral, formant un anneau solide qui admet à peine l'extrémité du petit doigt. A droite, l'orifice pulmonaire est à l'état normal ; mais les trois languettes de la valvule tricuspide adhèrent entre leurs bords, formant ainsi un anneau cartilagineux qui n'admet que la pulpe de l'index et qui constitue le rétrécissement avec insuffisance de cet orifice.

Les viscères sont généralement gorgés de sang et de sérosité.

En relisant ce fait après cinq ans de rédaction, je crains encore de m'être fait illusion, tant il me paraît extraordinaire ; je crains d'avoir décrit deux fois l'orifice mitral. La description pourtant est très-explicite et je la produis comme authentique. Eh bien ! dans ce fait où l'on trouve cette lésion si rare des valvules du cœur droit, on n'a pu saisir aucun signe particulier qui la fît soupçonner pendant la vie où les phénomènes ont été tous ceux de l'altération du cœur gauche, ni plus ni moins ; et après la mort nous ne rencontrons aucune disposition spéciale qui différencie essentiellement ce cœur de ceux où n'existent que des lésions gauches. Avons-nous donc eu raison de dire qu'indépendamment de la rareté des altérations organiques des orifices droits, on s'épuise vainement à préciser les signes distinctifs de ces lésions? Ceci soit dit uniquement en vue de la pratique ; car, en théorie, il est toujours bon et louable de chercher à reculer les bornes de la science. Une particularité à laquelle nous devons une mention spéciale, ce sont ces espèces de végétations qui enveloppaient l'orifice aortique, végetations que les anciens et Corvisart lui-même ont bien pu prendre pour des productions syphilitiques, à en juger par leur aspect. Néanmoins il est assez évident que ce ne sont que des produits fibrineux, adhérents aux valvules altérées, et dont on ne doit chercher la source que dans le sang qui traversait l'orifice rugueux et rétréci. Or, ces prétendues végétations embarrassaient tellement l'orifice aortique, qu'elles expliquent assez bien la dilatation avec légère hypertrophie du ventricule gauche, malgré la concomitance des rétrécissements mitral et tricuspide.

Je crains pourtant que ce fait n'ait pas été scruté avec toute l'exactitude désirable. Il me semble, par exemple, que la dilatation réelle du ventricule droit devait être peu prononcée. Je dis dilatation réelle, car il est une dilatation apparente produite par l'accumulation des caillots au moment de la mort. On a bien noté que ce ventricule droit n'était pas hypertrophié, car l'obstacle (tricuspide) existait *derrière* lui. Je crois donc que la dilatation des oreillettes a pu faire illusion sur celle de l'ensemble du cœur... Si l'on veut avoir égard à cette loi de *rétro-dilatation* que nous cherchons à consolider, sinon à établir, on devra désormais se montrer scrupuleux à spécifier l'état réel des cavités relativement au siége des obstacles.

Si donc les lésions organiques isolées des orifices du cœur droit sont assez rares (nous n'en avons jamais rencontré) pour qu'il soit fort difficile aujourd'hui d'en décrire les effets *ex professo*, la loi ci-dessus permet au moins de présumer ce qui devrait en avenir. Ainsi, le rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire occasionnerait la dilatation des deux cavités droites, sans altération du cœur gauche, et le rétrécissement de l'orifice tricuspide réduirait l'altération du cœur à la dilatation de l'oreillette droite. Mais de cette lésion ainsi retranchée dans ses dernières limites résulteraient toujours les phénomènes généraux des obstacles siégeant dans le centre circulatoire : anasarque, cyanose, etc. Seulement, les symptômes locaux du côté des poumons et du cœur devraient offrir des modifications assez difficiles à prévoir, mais qui pourtant, quant au cœur, peuvent être présumées, jusqu'à un certain point, d'après ce qui va suivre.

Si les lésions *organiques* du cœur droit sont infiniment rares, certaines lésions *mécaniques* de cette région du cœur sont, au contraire, très-communes ; nous voulons parler de la dilatation des orifices produisant leur insuffisance, insuffisance qui ne se lie plus ici, comme dans le cœur gauche, à la coexistence presque obligée du rétrécissement, puisqu'elle résulte, au contraire, de l'écartement des parois du cœur droit. La loi de dilatation *à tergo* indique en effet la nécessité de l'ampliation du cœur droit comme résultat presque obligé du rétrécissement des orifices gauches ; c'est à cette ampliation que nous avons jusqu'ici si constamment rencontrée que sont dus ce développement du cœur vers la droite du sternum, cet état variqueux et ce reflux des veines du cou, et, consécutivement, l'infiltration, la cyanose, etc.

Mais ; en outre de cette solidarité du cœur droit avec son congénère, ce cœur droit se dilate souvent d'une manière isolée ; ce qui a lieu toutes les fois qu'un obstacle circulatoire permanent existe *en avant* de lui et *en arrière* du cœur gauche, à savoir, dans les poumons. Certaines affections pulmonaires chroniques sont en effet une cause fréquente de ces *demi-anévrismes* trop superficiellement étudiés, trop vaguement connus jusqu'à ce jour, et que, dans la pratique journalière, on accepte le plus souvent comme lésions idiopathiques du cœur, tandis qu'elles ne sont qu'un effet secondaire, symptomatique d'une lésion située en dehors du cœur, d'une lésion pulmonaire, en un mot. Ici les preuves abondent, et nous n'avons que l'embarras du choix ; en voici quelques-unes :

Bronchite chronique, emphysème pulmonaire ; dilatation passive du cœur droit ; signes d'anévrisme ; mort ; nécroscopie.

Obs. XXXI. — Un homme de 25 ans, de constitution assez chétive, maçon, entre à la Clinique le 15 octobre 1836. Il rapporte qu'il souffre depuis longtemps de la poitrine, qu'il tousse presque toujours et qu'il est enrhumé pendant tous les hivers ; il y a quatre jours qu'il a éprouvé un mal de tête avec frisson, chaleur, augmentation de sa toux habituelle.

Etat actuel : La face, les pieds et les mains sont sensiblement bouffis et fortement cyanosés ; les extrémités sont froides ; sueur d'expression ; toux, orthopnée considérable ; pouls très-accéléré, petit,

presque insensible ; thorax sonore, râles abondants et variés dans les deux poumons, crachats puriformes, verdâtres. La poitrine paraît bombée par le fait d'une conformation naturelle. Malgré la maigreur, les clavicules font peu de saillie ; matité précordiale assez étendue ; battements du cœur accélérés, tumultueux, sans force d'impulsion, sans bruits anormaux appréciables. (Saignée qui ne procure que 60 grammes de sang ; sinapismes aux jambes.) Potion antispasmodique :

Pr. : Eau de tilleul. . . . . 120 gram.
Eau distillée de laurier-cerise. . . 4
Ether. 1
Sirop blanc. 16
(Bouillon.)

Le 15, la réaction est établie, chaleur, cyanose moins prononcée, toux, dyspnée persistante. (20 ventouses scarifiées aux cuisses ; sinapismes aux jambes ; looch avec kermès, 10 centig. ; tisane de lichen ; poudre de digitale, 5 centigr. en pilules ; soupe.)

Les jours suivants, la dyspnée engage à répéter les petites saignées. (Vésicatoire au bras.)

Cependant le malade s'affaisse, et malgré les révulsifs et les stimulants, il succombe le 20, six jours après son entrée.

Nécroscopie 30 heures après la mort.

Œdème des extrémités, cyanose générale.

Thorax. Poumons volumineux, bosselés, adhérents aux parois. Ils sont emphysémateux dans la plus grande partie de leur étendue et fortement engoués de sérosité sanguinolente et spumeuse à la base. La trachée artère et les bronches sont rouges, dilatées en quelques points, gorgées de mucus verdâtre.

Cœur volumineux, en partie recouvert par une lame de poumon emphysémateuse. Les cavités droites sont remplies de sang noir, très-dilatées, sans épaississement notable. Les cavités gauches, contenant un peu de sang noir, n'offrent rien d'anormal. Tous les orifices sont exempts d'altération.

Les autres viscères sont, pour la plupart, engorgés de sang noir.

Si l'on fait abstraction des antécédents, on pourra se trouver embarrassé pour établir la priorité entre ces symptômes respiratoires et circulatoires ainsi combinés ; mais si l'on songe que le malade toussait depuis longtemps avant d'offrir de l'infiltration et de la cyanose, il est assez clair que la lésion du cœur est secondaire. Cette présomption est confirmée par l'autopsie, qui nous montre un emphysème avec bronchite chronique, tandis que le cœur se trouve dilaté dans sa partie droite seulement, sans aucun indice de lésion valvulaire ou autre accusant une affection idiopathique.

Catarrhe chronique ; asthme ; signes d'anévrisme ; mort ; nécroscopie ; anévrisme du passif du cœur droit.

Obs. XXXII. — Une femme de 65 ans, de constitution détériorée, entre à la Clinique le 25 septembre 1839. Elle raconte que, depuis longues années, elle est catarrheuse, asthmatique et sujette aux palpitations ; depuis trois ans, elle est en outre devenue hydropique. Il y a deux ans, sa jambe gauche était tellement gonflée que la peau se rompit et s'ulcéra. Cet ulcère guérit, et depuis un an elle n'était que très-légèrement infiltrée, lorsqu'il y a trois semaines l'hydropisie augmenta de nouveau. Elle dit que sa mère est morte hydropique ; elle a deux enfants qui se portent bien.

Etat actuel : facies tuméfié, livide, lèvres grosses, cyanosées ; infiltration générale considérable, épanchement abdominal. Dyspnée, toux, râles muqueux abondants dans les poumons. Région précordiale légèrement bombée, mate dans une assez grande étendue (10 centim.) ; battements de cœur fréquents, tumultueux, soulevant sensiblement le sternum. Le premier bruit est sourd, le second paraît un peu rude ; pouls fréquent, assez large et résistant. Soif, anorexie, selles régulières, urines rares et foncées, ne précipitant pas par l'acide nitrique. (Chiendent nitré, frictions de teinture de scille et de digitale sur les membres.) Pilules.

Pr. : Calomel. . . . iv gr. (0,20)
Poudre de scille. iij gr. (0,15)
— de digitale. ij gr. (0,10)
Extrait de pissenlit. q. s.

Pour quatre pilules, à prendre deux matin et soir ; soupe.

Les jours suivants, état à peu près stationnaire. Les bruits du cœur paraissent obscurément soufflés. (Laxatifs, révulsifs.)

Cependant la malade s'affaisse ; de nouveau la dyspnée s'aggrave, l'anasarque augmente. Elle tombe dans un état semi-comateux et succombe le 5 octobre, onze jours après son entrée.

Nécroscopie 36 heures après la mort.

Infiltration, cyanose généralisées.

Crâne. Engorgement de tout le système veineux encéphalique, un peu de sérosité dans les cavités de l'arachnoïde et des ventricules cérébraux.

Thorax. Poumons engoués de sérosité rougeâtre et spumeuse. Les bronches sont généralement colorées en rouge obscur et gorgées de mucus puriforme.

Le cœur est volumineux, *en gibecière*, distendu par du sang noir occupant surtout les cavités droites. Les ventricules ne sont pas sensiblement hypertrophiés. Les valvules gauches et droites n'offrent aucune altération, si ce n'est l'élargissement (insuffisance passive de la valvule tricuspide.)

Engorgement veineux et séreux de la généralité des organes.

Bien qu'on ait négligé d'établir avec précision la filiation des phénomènes initiaux de cette double affection pulmonaire et cardiaque, il est facile de la construire d'après l'autopsie. Il est évident que cette femme a été d'abord catarrheuse, puis asthmatique (par catarrhe chronique) ; puis sont survenues les palpitations, puis l'infiltration, la cyanose, etc. L'état du cœur fait foi de cette évolution, car il ne comporte aucune lésion organique autre que la dilatation passive des cavités droites. C'est l'anévrisme passif des anciens dans toute sa simplicité, *semi-anévrisme*, toujours secondaire à une lésion pulmonaire, sans épaississement des parois ventriculaires, tandis que dans l'*anévrisme général* par rétrécissement aortique il y a presque toujours

hypertrophie; du moins n'avons-nous jamais rencontré de dilatation purement passive dans ce dernier cas.

Emphysème pulmonaire ; signes d'affection secondaire du cœur ; mort ; dilatation passive du cœur droit.

Obs. XXXIII.—Un homme de 49 ans, de constitution robuste, de tempérament sanguin, journalier, entre à la Clinique le 3 décembre 1839. Il raconte que depuis plus de quinze ans il est sujet à la dyspnée et aux palpitations. Il y a dix ans que ces palpitations lui occasionnèrent des douleurs très-vives dans le thorax. Alors il eut les jambes et le ventre remplis d'eau et fut traité à l'hôpital. Depuis lors, son état fut supportable, à part la toux, la dyspnée, souvent des palpitations, quelques vertiges et parfois un peu d'engorgement des jambes. Il n'a jamais eu de rhumatismes.

Etat actuel. Face bouffie, livide ; lèvres cyanosées ; œdème des jambes, fluctuation abdominale ; région précordiale non voussée, offrant une matité de 9 centimètres en largeur, s'étendant vers la droite du sternum. Les bruits du cœur ne sont pas très-sensiblement altérés : ils sont courts et secs. Reflux veineux des jugulaires, pouls à 88, assez développé ; dyspnée assez vive, toux fréquente, crachats visqueux. Thorax sonore, bruit respiratoire presque nul, quelques râles assez fins (d'œdème ou d'emphysème). Langue belle, soif, peu d'appétit, constipation. (Saignée, chiend. gommé, pédil. sinapisés, soupe au lait.)

Les jours suivants, état stationnaire. (Pilules laxatives, potion avec décoction de polygala et oximel scillitique.)

Les symptômes persistant, on renouvelle la saignée, les purgatifs, on applique des ventouses au thorax, on donne des loochs kermétisés.

L'œdème fait des progrès ; la dyspnée, la cyanose persistent. (Pilules de calomel, scille et digitale.)

Au bout de quelques jours, salivation. (Gargarisme alumineux, pilules d'opium et de digitale, révulsifs.)

Les mêmes symptômes s'aggravent toujours, le malade succombe, le 2 février 1840, deux mois après son entrée.

Nécroscopie 22 heures après la mort.

Thorax. Adhérences pleurétiques anciennes, sérosité citrine dans les plèvres ; poumons très-volumineux, rénitents, bosselés, manifestement emphysémateux ; engouement hypostatique, rougeur générale des bronches.

Sérosité dans le péricarde ; cœur d'un volume énorme, rempli de sang noir, qui distend surtout les cavités droites ; les parois ventriculaires ne sont pas sensiblement hypertrophiées ; le système valvulaire des deux côtés n'offre aucune altération organique, sauf l'ampliation de l'ouverture tricuspide.

Abdomen. Ascite ; le foie, la rate et même les reins sont engorgés. Traces de phlegmasie dans toute l'étendue du tube digestif.

Ici, mêmes considérations que pour l'observation précédente, si ce n'est qu'au lieu de catarrhe, c'est l'emphysème qui paraît avoir donné lieu à l'ampliation mécanique du cœur droit.

Dans le fait suivant, l'enchaînement des phénomènes résulte du rapport même du malade.

Toux, dyspnée, puis symptômes d'anévrisme ; mort ; nécroscopie ; dilatation passive du cœur droit.

Obs. XXXIV. — Un homme de 53 ans, de forte constitution, employé à cuire la porcelaine, entre à la Clinique le 23 décembre 1843. Il dit avoir toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il y a deux ans il fut pris de toux avec gêne de respiration. Il y a six mois que sont survenues des palpitations fortes, la toux persistant toujours. Il fut saigné et purgé néanmoins ; les extrémités inférieures s'infiltrent, et depuis un mois, l'abdomen lui-même s'est tuméfié, la toux est opiniâtre et fatigante, surtout la nuit.

Etat actuel. Facies pâle, un peu bouffi ; infiltration considérable des membres inférieurs ; un peu d'empâtement et de fluctuation dans l'abdomen ; dyspnée telle que le malade est obligé de se tenir assis sur son lit ; toux fréquente, crachats catarrheux ; matité assez étendue, sans voussure précordiale. L'impulsion du cœur n'est pas forte, les bruits sont sourds ; on croit cependant y distinguer un peu de souffle au premier temps. Etat variqueux et reflux des jugulaires ; pouls à peu près normal ; thorax peu sonore, râle crépitant généralisé ; appareil digestif normal, foie hypertrophié, urines rares, sans précipité dans l'acide nitrique. (Chiend. nitré, pot. gomm. avec digitale.)

Le 25. Agitation, délire pendant la nuit. (Saignée, vésicatoire au bras, potion avec digitale.) Le délire cesse.

Le 27. Symptômes persistants. (Infus. d'*urva ursi nitric.* ; frict. avec teint. de scille et digitale. Potion :

Pr. :	Gomme ammoniaque. .	2 gr.
	Gomme arabique. . .	4 —
	Eau de fenouil. . . .	120 —
	Extrait de scille. . . .	0,30 centig.
	Oximel scillitique. . .	25 gr.

Quelques vaines apparences d'amélioration.

Mort le 5 octobre, douze jours après l'entrée.

Nécroscopie 30 heures après la mort.

Infiltration et cyanose générales.

Thorax. Adhérences pleurétiques anciennes, poumons engorgés de sérosité spumeuse et sanguinolente. Bronchite généralisée.

Cœur volumineux, gorgé de sang noir ; dilatation, sans épaississement des cavités droites. Le ventricule gauche, revenu sur lui-même, paraît légèrement hypertrophié (apparences d'hypertrophie concentrique) ; tous les orifices valvulaires sont exempts d'altération de tissu.

Rien de particulier dans les autres organes.

Ici l'on saisit parfaitement la filiation des accidents morbides : toux, catarrhe pendant dix-huit mois, puis palpitations, puis anasarque, etc., et à l'autopsie du cœur droit, absence complète de lésions valvulaires. Les apparences d'hypertrophie concentrique rencontrées ici établissent la liaison des faits précédents avec ceux qui feront l'objet du chapitre suivant.

Nous pourrions multiplier les faits de ce genre; mais on s'est aperçu que par leurs caractères fondamentaux, tous se ressemblent *ut ovum ovo*; et nous craignons d'avoir déjà abusé de la patience du lecteur. Ce qui précède suffira, nous l'espérons, pour nous autoriser à formuler les conclusions suivantes :

1° Les altérations organiques des valvules du cœur droit sont extrêmement rares.

2° Supposant l'existence de ces altérations, nous ne possédons pas de signes positifs qui puissent nous les faire distinctement reconnaître et différencier des altérations valvulaires du cœur gauche.

3° La seule altération valvulaire qu'on rencontre communément dans le cœur droit est la dilatation passive de la valvule tricuspide, d'où résulte son insuffisance.

4° L'insuffisance tricuspide existe dans presque tous les cas d'anévrisme du cœur gauche; plus, dans tous les anévrismes isolés du cœur droit.

5° Lorsqu'il existe un obstacle prolongé à la circulation en arrière du cœur gauche et en avant du cœur droit (aux poumons), le cœur gauche est exempt de dilatation et le cœur droit est seul dilaté.

6° Les causes les plus ordinaires de l'anévrisme isolé du cœur droit sont la bronchite chronique et l'emphysème primitif ou consécutif du poumon et leurs conséquences.

7° Les signes généraux de la dilatation isolée du cœur droit sont absolument les mêmes que ceux de la dilatation par obstacle valvulaire dans le cœur gauche (dyspnée, anasarque, cyanose, reflux veineux, etc.).

8° Les signes locaux ou propres au cœur dans l'anévrisme isolé des cavités droites diffèrent de ceux de l'anévrisme général en ce que : 1° la voussure précordiale manque, ou est peu prononcée; 2° le développement du cœur s'opère surtout vers la droite et en bas du sternum; 3° les impulsions du cœur sont moins énergiques; 4° les bruits de souffle font défaut ou sont faibles, obscurs, sans rudesse; 5° le pouls conserve ordinairement son ampleur normale, quoiqu'il soit généralement faible.

9° Mais le diagnostic repose principalement sur la filiation des symptômes pulmonaires et cardiaques. Dans l'anévrisme par obstacle dans le cœur gauche, les symptômes respiratoires sont consécutifs à ceux de la circulation; dans l'anévrisme isolé du cœur droit, c'est généralement l'inverse.

L'anévrisme du cœur droit constitue essentiellement l'anévrisme passif des anciens, car il existe presque constamment, sinon toujours, sans hypertrophie des cavités dilatées.

11° Ce défaut d'hypertrophie dans l'anévrisme droit s'explique par le peu d'épaisseur du ventricule droit, qui se laisse dilater, au lieu de réagir et de s'hypertrophier, comme le fait le ventricule gauche dans le cas d'obstacle aortique.

12° Les anévrismes isolés du cœur droit constituent probablement la plupart de ceux que les auteurs ont produits comme exemples d'anévrismes du cœur sans altération valvulaire.

13° Il importe essentiellement de savoir distinguer l'anévrisme isolé du cœur droit, toujours consécutif à une lésion pulmonaire, de l'anévrisme général, dépendant d'une lésion idiopathique du cœur gauche, puisque, dans le premier cas, la médication devra être essentiellement dirigée vers la lésion pulmonaire.

14° En conséquence, le pronostic de l'anévrisme du cœur droit est moins grave que celui de l'anévrisme général, puisque, dans le premier cas, la lésion du cœur est toute mécanique et passive, et qu'en outre elle dépend de maladies pulmonaires qu'il est impossible de guérir ou au moins de pallier; tandis que le rétrécissement organique des orifices du cœur gauche est nécessairement incurable lorsqu'il est passé à la dégénérescence cartilagineuse ou osseuse.

(*La suite et fin au prochain numéro.*)

---

7. *Revue des recherches modernes sur les maladies du cœur;* par M. Valleix, médecin des hôpitaux, etc.

(Archives générales de Médecine, juillet 1844.)

On s'est occupé, dans ces dernières années, avec une très-grande ardeur, des maladies de l'organe central de la circulation. De grandes lumières ont été répandues sur leur histoire, et en particulier sur leur diagnostic; mais aussi, comme on devait s'y attendre, il y a eu, à leur sujet, des discussions animées; des propositions contradictoires ont été avancées, et il serait difficile de savoir bien souvent à qui appartient l'honneur des principales découvertes, si on ne faisait une étude comparative des travaux nombreux récemment publiés. Nous pensons donc qu'il sera d'une utilité réelle de jeter un coup d'œil général sur les publications les plus importantes, relatives à cet intéressant sujet, et de montrer quels sont les progrès réels que nous avons faits dans l'étude de ces affections si difficiles à guérir.

Mais avant d'aborder la partie pathologique, il faut dire quelques mots de la partie physiologique, à propos de laquelle on a émis des idées diverses, et soutenu des théories si opposées.

Partie physiologique.

Nous ne prétendons pas ici donner une histoire complète des recherches et des expériences faites pour constater l'ordre, la succession et les caractères des mouvements et des bruits du cœur : ce serait nous jeter dans des détails qui nous entraînerajent beaucoup trop loin. Si le lecteur veut avoir sur ces divers points des renseignements complets, il les trouvera principalement dans le *Traité d'auscultation* de MM. Barth et Roger, qui se sont livrés à une analyse raisonnée des travaux publiés sur le sujet qui nous occupe. Nous ne voulons ici qu'indiquer les théories les plus accréditées, et faire ressortir les points qui paraissent fixés dans l'opinion des meilleurs juges en cette matière.

Mouvements du cœur. — Si d'abord nous jetons un coup d'œil sur ce qui a été fait relativement aux mouvements du cœur, ou, suivant l'expression de Laennec, au rhythme des battements du cœur, nous voyons que, dès les premiers temps de la découverte de la circulation, on avait établi la succession des

mouvements, telle qu'elle est aujourd'hui généralement admise; c'était Harvey lui-même qui, dans ses expériences connues de tout le monde, avait déjà indiqué le moment où se contractent les oreillettes et les ventricules, et celui où le cœur reste en repos. Haller, répétant ces expériences, arriva au même résultat que Harvey; et comme ces auteurs avaient décrit exactement ce qu'ils avaient vu, il semble qu'on ait dû admettre aussitôt comme un fait démontré l'exactitude de leur théorie, qui est la suivante : 1° contraction des oreillettes; 2° immédiatement après, contraction des ventricules; 3° repos pendant lequel le sang coule lentement et sans contraction des oreillettes dans le ventricule (1).

Quelle que fût cependant la précision de ces résultats, les pathologistes ne parurent pas leur accorder une grande attention, ce dont on peut s'assurer en lisant les ouvrages de la fin du dernier siècle, où l'on ne fait nullement mention des mouvements et des bruits du cœur. La cause de cette négligence se trouve évidemment dans la croyance où étaient les médecins, que la réalité des faits observés dans ces expériences ne pouvant par aucun moyen être confirmée sur le vivant, les conséquences qu'on en tirait ne pouvaient avoir aucune utilité dans la pratique. Mais dès que l'auscultation fut inventée, on dut changer entièrement d'opinion; aussi Laennec commença-t-il, à l'aide de ce précieux moyen d'exploration, à rechercher, chez l'homme vivant, quel est l'ordre dans lequel se contractent les différentes parties du cœur.

Malheureusement cet auteur négligea de répéter les expériences d'Harvey et de Haller, et c'est par là qu'il eût dû commencer. Il voulut, à l'aide de l'observation seule, arriver à la détermination de phénomènes très-difficiles à apprécier, et il fut induit en erreur. Posant d'abord en principe que les bruits sont dus à la contraction musculaire, il fut conduit à attribuer le bruit sourd, c'est-à-dire celui qui indique le commencement de la révolution des mouvements du cœur, à la contraction du ventricule, et le bruit clair à la contraction de l'oreillette : ou, en d'autres termes, il plaça la contraction de l'oreillette immédiatement après celle du ventricule, tandis que les expériences précédemment citées avaient prouvé que le contraire avait lieu. Aussi fallut-il revenir à la première théorie fondée sur les faits, et ce fut M. Turner qui rappela le premier les médecins à ces expériences dont on n'avait pas tenu un compte suffisant.

On connaît celles qui ont été faites plus tard par les divers comités institués en Angleterre et par bon nombre d'observateurs français, anglais et américains. On peut dire que tous ceux qui s'y sont livrés ont, à très-peu d'exceptions près, obtenu les mêmes résultats que Harvey et Haller. De telle sorte qu'avec M. Clendinning, qui a fait le rapport du comité de Londres, et surtout avec Hope, qui s'est étendu beaucoup sur les recherches qu'il a faites à ce sujet, on regardait comme bien établie, il y a quelques années, la théorie suivante : 1° contraction partielle brusque de l'oreillette; 2° lorsque celle-ci se relâche, contraction du ventricule; 3° dilatation lente qui dure jusqu'à ce que le ventricule soit de nouveau stimulé par la contraction auriculaire. Il n'y a rien là, comme on le voit, qui diffère de la théorie des deux premiers expérimentateurs.

Mais une opinion bien différente a été soutenue par M. Beau. Le fait capital, la différence principale que l'on remarque dans sa théorie, c'est que l'oreillette, par sa contraction, chasse d'un seul coup tout le sang qui doit ensuite être lancé dans les vaisseaux par le ventricule. De là résulte: 1° que le sang ne fait que traverser le ventricule dans un espace de temps fort court; 2° que la diastole ventriculaire suit immédiatement la systole auriculaire; 3° qu'après la contraction du ventricule le sang n'arrive pas de l'oreillette à la cavité ventriculaire de manière à la dilater lentement. Si on ajoute à ces trois points qu'immédiatement après la contraction de l'oreillette, le sang est lancé avec force dans sa cavité par les sinus veineux, de manière à la remplir en partie, on comprendra comment M. Beau entend le passage du sang à travers le cœur, et quelle différence il y a entre sa théorie et la précédente.

Nous verrons plus loin comment les expérimentateurs se sont aidés de leurs diverses expériences pour expliquer les bruits du cœur; faisons seulement ici une remarque qui nous paraît capitale, et sur laquelle nous regrettons de n'avoir pas insisté avec assez de force dans un autre travail sur le même sujet (1) : c'est que, pour le pathologiste qui doit étudier les bruits du cœur et leurs altérations au lit du malade, ces deux théories des mouvements sont presque identiques. Quel est, en effet, le point essentiel sur lequel portent les différences? c'est la dilatation lente qui, d'après Harvey, Haller, et le plus grand nombre des physiologistes, a lieu immédiatement après la contraction des ventricules, et qui n'existe pas d'après M. Beau; mais pour le pathologiste cette dilatation équivaut à un repos complet, puisqu'elle se fait par un mouvement lent, insensible, sans contraction et sans bruit, et qu'elle ne peut donner lieu à aucun phénomène appréciable chez le malade. Que reste-t-il, au contraire, de part et d'autre? la contraction brusque de l'oreillette pour lancer le sang en tout ou en partie dans le ventricule, dont la contraction immédiate fait franchir au liquide l'orifice des gros vaisseaux. Or, c'est de ces mouvements et de la projection brusque du sang qui en résulte qu'on tire presque tous les signes diagnostiques dans les maladies du cœur. Nous verrons, en effet, qu'il en reste fort peu pour le moment où, suivant les uns, le ventricule est lentement et silencieusement distendu, et où, suivant M. Beau, le cœur est dans un repos complet. C'est, comme on le voit, un fait très-important que de pouvoir ainsi établir une concordance suffisante entre les théories qui se partagent les esprits : aussi n'a-t-on plus le même intérêt à rechercher quelle est de ces deux manières de voir celle qui est par-

(1) On voit que, dans cette théorie, la contraction des oreillettes, qui précède immédiatement celle des ventricules, n'aurait pour but que de verser une petite quantité de sang dans la cavité ventriculaire déjà pleine en grande partie, et de déterminer par là la contraction de ses parois.

(1) Guide du médecin praticien, t. III, Traité des maladies du cœur.

faitement conforme à la vérité. C'est une question qui doit, sans doute, fixer vivement l'attention du physiologiste, mais que le pathologiste n'est plus forcé d'étudier avec le même soin. Disons, toutefois, qu'avant la publication des travaux de M. Beau, et avant qu'on se fût livré à une discussion sérieuse sur le sujet qui nous occupe, on interprétait d'une manière entièrement erronée certains phénomènes qu'on observe dans les maladies du cœur : ainsi, l'on regardait le bruit de souffle, qui a lieu au second temps, comme pouvant annoncer un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire, sans remarquer que tous les faits connus conduisaient à un résultat opposé. Or, la théorie de M. Beau nous a servi à redresser cette erreur, et la manière dont l'auteur la fait concorder avec les faits pathologiques est une des plus remarquables parties de son travail.

Sans doute on peut, d'après ce que j'ai dit plus haut, répondre que la théorie adoptée par Hope, M. Williams, les divers comités, MM. Barth et Roger, etc., s'accorde très-bien également avec les faits pathologiques; mais c'est là ce qu'on n'aurait pas pu avancer avant que M. Beau eût publié ses mémoires; et dût-on ne pas se rendre à ses raisonnements quant à la théorie, on devrait reconnaître les services qu'il a rendus en donnant l'explication des faits pathologiques.

C'est la facilité avec laquelle on arrive à cette explication par cette théorie, qui me l'a fait adopter lorsque j'ai eu à traiter les maladies du cœur (1). Cependant j'ai signalé quelques difficultés qu'elle n'a pas encore complétement levées : la principale est l'obstacle qu'éprouverait le sang à sa rentrée dans le ventricule après avoir été chassé dans l'aorte, si ce ventricule restait réellement contracté, comme le pense M. Beau; et cependant il n'est pas douteux que le fait n'ait lieu dans le cas d'insuffisance des valvules aortiques. Espérons que de nouvelles recherches viendront bientôt fixer définitivement notre opinion sur ce point intéressant.

Bruits du cœur.—Nous avons dit plus haut que c'était par une fausse interprétation des causes des bruits du cœur que Laennec avait été conduit à intervertir l'ordre des mouvements de cet organe, et que M. Turner signala cette erreur de Laennec. Mais si les bruits entendus par l'auscultation ne sont pas, comme le pensait Laennec, dus aux contractions des ventricules et des oreillettes, à quelle cause faut-il les attribuer? C'est sur ce point surtout que les recherches ont été multipliées et que les théories les plus diverses ont été soutenues. Presque aucun auteur n'a admis celle des auteurs qui l'ont précédé, sans lui faire subir des modifications importantes; de telle sorte qu'on a beaucoup de peine à arriver à une conclusion positive.

Des travaux très-intéressants ont été publiés à ce sujet, et ont été analysés avec grand soin par MM. Barth et Roger. MM. Corrigan, Marc d'Espine, Pigeaux, Hope, Carswell, Rouanet, Bouillaud, Beau, Williams, Clendinning, les membres de divers comités, etc., ont fait tous leurs efforts pour arriver à la vérité dans cette question difficile, et chacun de ces auteurs a apporté à l'appui de son opinion des expériences et des observations. On éprouve donc un bien grand embarras quand il s'agit de démêler la vérité au milieu de tant d'opinions diverses et contradictoires. Cependant nous allons chercher à remplir cette tâche le mieux qu'il nous sera possible.

Mettons d'abord de côté les théories généralement abandonnées. Ce sont d'abord celle de M. Turner, qui attribuait le second bruit à la chute du cœur pendant la diastole ventriculaire, et celle de M. Corrigan, qui croyait que ce second bruit est dû au choc réciproque des surfaces internes du ventricule pendant la systole ventriculaire; mais alors, comme on l'a très-bien fait remarquer, le pouls serait isochrone au second bruit, ce qui n'est point. Viennent ensuite celle de M. Marc d'Espine, qui attribue ce second bruit à la contraction des oreillettes et à la dilatation des ventricules; les deux théories de M. Pigeaux, dont l'une intervertissait l'ordre des mouvements, et dont l'autre place les bruits du cœur dans un siége qu'ils ne peuvent pas avoir; les deux théories de Hope, dont la première a été abandonnée par lui-même, et dont la seconde, plus conforme aux faits, a généralement paru un peu trop compliquée.

Quant à la théorie de M. Piorry, nous avons eu peine à comprendre comment elle a pu être proposée. Il faut pourtant en dire un mot, puisqu'elle est dans la science. Ce médecin, en faisant passer, *à l'aide d'un clysopompe*, un liquide à travers le cœur, entendit un bruit qui avait beaucoup d'analogie tantôt avec le bruit généralement attribué au ventricule, tantôt avec le bruit de souffle, et il en conclut que la cause principale des bruits du cœur était le passage du sang à travers cet organe. Singulière conclusion; car, outre que tout cela est fort mal exprimé (puisque le sang ne traverse pas le cœur comme il traverserait une artère, mais est lancé des oreillettes dans les ventricules, et des ventricules dans les vaisseaux par contractions successives), on ne voit pas d'une manière positive, dans l'exposé des expériences de M. Piorry, à quelle cause réelle est dû le bruit. Voici, en effet, comment il s'exprime à ce sujet : « Ainsi, pour nous, le passage du sang dans le cœur, et notamment dans les orifices, le frottement que détermine la colonne de sang contre les parois, ou celui qui a lieu entre les molécules de ce liquide épais, sont les causes des bruits normaux du cœur. Les valvules jouent un rôle dans ces phénomènes, mais à la manière des autres parties du cœur » (1).

Comment M. Piorry s'est-il convaincu que le bruit était dû au frottement de la colonne du sang? Est-ce qu'il n'y a pas en même temps un choc et une dilatation? Qu'est-ce qui lui a prouvé que le frottement des molécules entre elles était la cause du phénomène? Il serait sans doute fort embarrassé de démontrer la vérité de ces assertions; mais ce qui a surtout discrédité sa théorie, c'est cette idée bizarre que le bruit sourd appartenait aux contractions du cœur gauche, et le bruit clair aux contractions du cœur droit, comme s'il n'était pas surabondam-

(1) Voyez Guide du médecin praticien, t. III, Paris, 1843.

(1) Traité de diagnostic, p. 140.

ment démontré, à l'époque où il écrivait, que les oreillettes et les ventricules se contractaient en même temps. Il est vrai qu'il n'a point avancé le fait d'une manière positive : il s'est contenté de dire, en effet, ce qui suit : « S'il ne fallait pas renverser toute la théorie de l'isochronisme des contractions à droite et à gauche pour admettre cette explication, on serait tenté d'attribuer le bruit sourd aux contractions du cœur gauche, et le bruit clair aux contractions du cœur droit. » Mais, même sous cette forme dubitative, une pareille idée pouvait-elle être mise en avant? Remarquons, en outre, que les bruits du cœur qui tout à l'heure étaient dus aux frottements de la colonne sanguine et des molécules entre elles, ont maintenant pour cause les contractions des ventricules. Avec de pareilles idées et de semblables contradictions, M. Piorry ne doit pas être surpris que personne n'ait voulu prendre sa théorie au sérieux.

Il faut également mettre de côté l'opinion de M. Magendie, quoiqu'elle soit jusqu'à un certain point dans la vérité. Cet auteur, on le sait, regarde comme produisant les bruits du cœur le choc de la pointe et de la face antérieure de cet organe contre le thorax; mais plusieurs expérimentateurs ayant constaté que les bruits s'entendaient alors même que la paroi thoracique était enlevée, tout ce qu'on a pu faire, c'est de regarder le choc du cœur comme donnant lieu à un simple bruit de renforcement, pour nous servir de l'expression de M. Beau.

Ces théories écartées, il ne nous reste plus que celles de MM. Rouanet, Williams et Beau, avec les modifications que quelques auteurs leur ont fait subir. Examinons d'abord la théorie de M. Rouanet.

Cet expérimentateur, ayant constaté que la chute d'un liquide sur la face aortique des valvules sygmoïdes produisait, en abattant ces valvules, un bruit analogue au second bruit du cœur, a fondé sur cette expérience sa théorie. Elle consiste à regarder comme cause du premier bruit le claquement des valvules auriculo-ventriculaires dans la systole, et comme cause du second bruit, le claquement des valvules sygmoïdes dans la diastole. Il n'est pas difficile de voir que cet auteur n'était nullement autorisé à attribuer le premier bruit au claquement des valvules auriculo-ventriculaires : il n'y a, en effet, aucune parité entre ce qui se passe dans le retour brusque du sang sur les valvules sygmoïdes et la pression que doit exercer ce liquide sur les valvules auriculo-ventriculaires pendant la contraction du ventricule. M. Rouanet a donc forcé l'analogie; et il aurait fallu, pour se prononcer comme il l'a fait, de nouvelles expériences qu'il n'a pas entreprises. M. Bouillaud, qui a voulu modifier cette théorie en l'adoptant, s'est encore plus avancé dans cette voie hypothétique, puisqu'au premier bruit il a joint l'abaissement soudain des valvules sygmoïdes, et au second l'abaissement soudain des valvules auriculo-ventriculaires. Admettre ainsi, sans aucune expérience, l'existence de phénomènes si difficiles à constater, c'est vouloir rendre les questions plus obscures sans profit pour la science.

M. Williams n'a conservé de cette théorie que la cause du second bruit, car il regarde comme cause du premier la contraction systolique des ventricules. Cette théorie a l'avantage de pouvoir invoquer l'expérience en sa faveur, puisque, d'une part, nous avons vu M. Rouanet produire artificiellement le second bruit par le choc du liquide sur les valvules sygmoïdes, et que, de l'autre, sur des cœurs vides de sang, on a constaté le persistance du premier bruit pendant la contraction, quoique à un très-grand degré d'affaiblissement. De son côté, M. Beau, pour qui les causes principales des deux bruits sont bien différentes de celles admises par ces observateurs, reconnaît en sus celles qui constituent la théorie de M. Williams, mais seulement pour le premier bruit, et seulement encore comme donnant lieu à un simple *bruit de renforcement*.

Le comité de Dublin a ajouté à cette théorie de M. Williams le frottement du sang sur les parois des ventricules : mais comment ce frottement du sang serait-il suffisant pour produire le bruit lorsque ce liquide est simplement chassé par des parois qui se contractent sur lui, c'est ce qu'il est difficile de comprendre. En outre, les expériences du comité de Dublin ont prouvé combien était vaine la théorie de MM. Rouanet et Bouillaud relativement au premier bruit, puisqu'ils ont constaté que la durée de ce bruit est égale à celle de la systole, tandis que le mouvement des valvules n'a lieu qu'au commencement de la contraction ventriculaire.

La théorie de M. Williams serait, d'après ce qui précède, celle qu'il faudrait exclusivement adopter quant à la cause principale du bruit, si les expériences de M. Beau n'étaient venues faire naître des doutes sérieux à cet égard. Pour lui, en effet, le premier bruit se produit au moment où l'oreillette, lançant dans le ventricule le sang qu'elle contient, le distend brusquement, et le second au moment où le sang des sinus veineux fait irruption dans l'oreillette qui vient de se vider. Nous ne rapporterons pas ici toutes les raisons que M. Beau a fait valoir en faveur de sa théorie; rappelons seulement cette expérience par laquelle il a montré que le ventricule restait vide pendant le temps où, suivant les autres expérimentateurs, il se remplit lentement, et faisons remarquer la grande simplicité de cette théorie qu'on a regardée d'abord comme entièrement inadmissible. Si l'on place le stéthoscope sur le trajet d'une grosse artère, on entend, à chaque mouvement de diastole, un bruit bien marqué et de la même nature que les bruits du cœur; or, dans la théorie de M. Beau, c'est une dilatation semblable qui produit les bruits du dernier organe. Ainsi, partout la même cause donne naturellement lieu au même effet. L'oreillette est d'abord brusquement dilatée, il se produit un bruit en rapport avec sa capacité et avec l'épaisseur de ses parois; le ventricule est dilaté à son tour, et il en résulte un bruit plus sourd, parce que ses parois sont plus épaisses; enfin les artères sont dilatées par le sang qui afflue dans leurs cavités, et nous entendons le bruit artériel. Si l'on suivait ainsi la succession des mouvements du cœur et des bruits tels que nous venons de les indiquer, il faudrait intervertir l'ordre dans lequel ces bruits sont ordinairement comptés; nous aurions pour premier bruit le bruit auriculaire, puis viendrait le silence, puis le bruit ventriculaire; mais comme ces deux bruits se succèdent

immédiatement, et que le premier qui se fasse entendre après le silence est le bruit ventriculaire, l'usage veut qu'on le compte comme le premier.

On a encore émis quelques idées théoriques sur les mouvements et les bruits du cœur, mais nous avons signalé les principales. On voit que les observateurs ont étudié avec zèle ce sujet intéressant, et que si la pathologie du cœur n'est pas encore aussi avancée qu'on pourrait l'espérer, ce n'est pas la faute des physiologistes, qui ont cherché, autant qu'il leur a été possible, à rendre facile l'interprétation des symptômes ; maintenant, pouvons-nous nous prononcer sur la valeur de ces théories? Il nous semble d'abord qu'on ne saurait hésiter à mettre à l'écart toutes celles qui sont étrangères aux théories de MM. Williams et Beau, et selon nous celle de ce dernier est plus satisfaisante pour l'esprit, en même temps qu'elle rend compte au moins aussi bien que les autres des phénomènes pathologiques. Ajoutons que MM. Hardy et Behier, ayant répété les expériences de M. Beau, sont arrivés au même résultat. S'il existe encore quelques difficultés que cette théorie n'ait pas suffisamment résolues, espérons que des expériences nouvelles ne tarderont pas à les faire disparaître.

Volume du cœur. — Nous venons de voir le résultat des recherches modernes sur les mouvements et les bruits du cœur, qu'il est si essentiel de bien connaître lorsqu'on veut étudier avec quelque fruit les maladies de cet organe ; mais on ne s'en est pas tenu là : on a senti combien il était important de mesurer le volume du cœur, l'épaisseur de ses parois et l'étendue de ses orifices, puisqu'un bon nombre des affections dont il est le siége n'ont d'autres caractères anatomiques que l'épaississement ou l'amincissement des parois, la dilatation ou le rétrécissement des orifices, et plusieurs auteurs se sont efforcés de constater quel est l'état normal de cet organe. M. Cruveilhier s'est contenté de quelques idées générales. M. Bouillaud a été plus loin, il a mesuré le cœur chez un certain nombre de sujets ; mais le nombre de ses expériences est beaucoup trop limité pour avoir une valeur réelle : en outre, tout en reconnaissant que l'âge, la taille, la force, le sexe des individus, influent notablement sur l'épaisseur des parois des ventricules, il n'a point fait à cet égard de recherches précises. Il était réservé à M. Bizot d'apporter dans cette étude la précision nécessaire pour rendre les résultats véritablement utiles, et les esprits superficiels seuls ont pu nier la haute importance de ses travaux à ce sujet. Suivant le développement du cœur depuis la première enfance jusqu'à l'âge le plus avancé, cet auteur a donné des mesures qui peuvent servir de point de comparaison exacte suivant l'âge et le sexe des individus. Il faut donc que le pathologiste connaisse ces travaux s'il ne veut s'exposer à l'erreur lorsqu'il voudra décider si l'organe central de la circulation présente un développement morbide ou non.

Les objections faites par M. Piorry aux résultats obtenus par M. Bizot n'ont évidemment aucune valeur, car, en opposant les résultats de M. Bizot à ceux de M. Bouillaud, il n'a pas tenu compte de la supériorité incontestable des premiers sous le rapport, non-seulement du nombre des observations, mais encore du soin, de la méthode et de la rigueur avec lesquels elles ont été prises. Quant au moyen que M. Piorry propose pour mesurer le cœur, il suffit de la moindre connaissance de la question pour voir qu'il ne saurait être plus mauvais. « Le cœur, dit-il, doit occuper un espace dont l'étendue d'un côté à l'autre est à peu près les deux tiers de la largeur du thorax depuis la ligne médiane jusqu'à une ligne tirée perpendiculairement au niveau de l'extrémité externe de la clavicule ; et encore les cavités droites, distendues par le sang, dépassent quelquefois de 2 à 3 centimètres à droite la ligne médiane. De haut en bas, le cœur, dans l'état *normal*, occupe à peu près la moitié inférieure de l'espace qui s'étend d'une ligne horizontale tirée à la hauteur de l'extrémité inférieure de l'appendice xyphoïde à la clavicule. » Puis, voulant que l'on compare le cœur au muscle deltoïde, M. Piorry ajoute : « Les individus dont le deltoïde est gros ont ordinairement le cœur plutôt au-dessus qu'au-dessous de cette mesure, et ceux chez lesquels ce muscle est petit et mince sont dans le cas contraire. » Comment allier cette manière de voir avec les faits qui nous apprennent que le cœur augmente en proportion de l'âge, tandis que la capacité de la poitrine reste la même ou diminue notablement ? Il n'était évidemment pas possible de choisir plus mal son point de comparaison. Quant à ce que M. Piorry nous dit du rapport du deltoïde avec le cœur, on ne peut discuter sérieusement une semblable proposition. C'est donc, en définitive, à M. Bizot que nous devons les recherches vraiment solides faites sur ce sujet, et sous ce rapport ce médecin a rendu un grand service à la science.

On conçoit que nous ne pouvions pas nous dispenser d'entrer dans les détails qui précèdent, parce que l'on ne saurait apprécier exactement ce qui a été dit sur les diverses maladies du cœur, si on n'avait pas une connaissance exacte des phénomènes que l'on constate en étudiant cet organe à l'état normal. D'ailleurs, c'était une occasion de montrer ce que les recherches modernes ont fait sur ce sujet important, et de faire connaître à nos lecteurs l'état actuel de la science. Maintenant passons à la partie pathologique de ce travail, dont ce qui précède était une introduction indispensable. Nous commencerons par la péricardite, maladie à peine connue avant ces dernières années, et dont le diagnostic est devenu facile, grâce aux recherches modernes.

Partie pathologique.

Péricardite. — Constatons d'abord l'état de la science à l'époque où écrivait Laennec, époque qui est le point de départ des recherches que nous passons en revue. Laennec croyait qu'on pouvait quelquefois deviner la péricardite, mais qu'on n'en pouvait pas établir le diagnostic d'une manière positive. Ne faisant point usage de la percussion dans l'étude de cette maladie, il n'a eu que les signes peu certains (surtout lorsqu'ils sont isolés) que nous donne le stéthoscope, et voici, d'après lui, quels sont ces signes. Les contractions des ventricules du cœur donnent une impulsion forte et quelquefois un bruit plus marqué que dans l'état naturel. A des intervalles plus ou moins longs, surviennent des pulsations plus faibles et plus courtes, qui correspondent à des in-

tervalles du pouls dont la petitesse contraste extraordinairement avec la force des battements du cœur ; quelquefois il peut à peine être senti. Tels sont les symptômes principaux qui, suivant Laennec, pourraient faire deviner une péricardite. On voit, ainsi que l'a fait remarquer M. Mériadec-Laennec, qu'il ne parle pas du bruit de cuir neuf que, d'après ce dernier, il avait cru pendant quelque temps pouvoir être un signe de péricardite et qui fut signalé positivement en 1823 par M. Collin. Quant à nous, si nous réunissons aux signes stéthoscopiques indiqués par Laennec ce bruit particulier signalé par M. Collin, et quelques symptômes généraux connus des auteurs anciens, tels que la dyspnée, les syncopes, nous aurons constaté tous les signes qu'on avait alors pour le diagnostic de la péricardite. Voyons maintenant comment on est parvenu à reconnaître cette maladie d'une manière précise.

Nous trouvons d'abord le mémoire de M. Louis, qui a fait faire un pas immense à ce diagnostic, et qui a ouvert la voie à toutes les recherches suivantes. Dans ce mémoire, où sont analysées quelques observations qui appartiennent à cet auteur, et plusieurs cas empruntés à d'autres, ce qui est principalement constaté, c'est la matité remarquable occupant la région précordiale, et l'on sait aujourd'hui que cette matité est le signe le plus certain de la péricardite. La manière dont cette matité se produit, la rapidité avec laquelle elle se manifeste, la douleur qui accompagne son apparition, son étendue, sont étudiées dans ce mémoire, de telle manière qu'il est resté bien peu à faire aux observateurs qui sont venus après. Cependant M. Hache a tracé les limites de cette matité avec une exactitude un peu plus rigoureuse, et M. Piorry a insisté sur sa forme particulière, c'est-à-dire sur la plus grande largeur qu'elle occupe à la partie inférieure, caractère qui a une certaine importance, quoique on ne puisse guère concevoir qu'une matité aussi étendue que l'est celle de la péricardite, lorsque cette forme est facile à constater, puisse être confondue avec une matité produite par toute autre cause.

En outre, M. Louis a fait porter ses recherches sur les autres points de l'histoire de la péricardite, et a étudié les causes, l'anatomie pathologique et la symptomatologie avec un soin particulier. Il est surtout un symptôme sur lequel il a insisté, c'est l'intermittence du pouls, qui a été remarquable dans les cas soumis à son observation ; mais cette intermittence ne s'est pas montrée aussi fréquemment dans les cas observés par les autres auteurs. On en trouve la raison sans doute dans cette circonstance, que la plupart des péricardites observées par M. Louis, et analysées dans ce mémoire, venaient compliquer des maladies organiques du cœur. C'est au reste ce que cet observateur a remarqué lui-même dans des cas de péricardite simple postérieurement observés par lui et mentionnés par M. Hache.

Dans ce même travail, M. Louis n'avait attaché qu'une importance médiocre à la voussure précordiale, qui cependant était très-remarquable dans une de ses observations ; mais plus tard, retrouvant cette saillie dans la région du cœur, il lui a accordé une valeur beaucoup plus grande, et des recherches, faites sous ses yeux par M. Hache, sont venues confirmer son opinion. Quant à l'auscultation, on voit, dans un résumé de sa clinique, qu'il a constaté l'éloignement des bruits du cœur ainsi que du murmure respiratoire, ce qui vient compléter le diagnostic de la péricardite dans les cas les plus ordinaires.

Tel était l'état de la question lorsque parut le *Traité clinique des maladies du cœur*, de M. Bouillaud (1835). On a par conséquent bien lieu d'être étonné de lire dans cet auteur ce qui suit (p. 451, t. I) : « Nous espérons démontrer dans cet article que l'on peut aujourd'hui reconnaître et diagnostiquer la péricardite, au moins dans l'immense majorité des cas ; ce n'est d'ailleurs que depuis deux ou trois ans que le diagnostic de la péricardite est devenu pour nous un problème dont la solution ne dépasse pas les moyens d'un observateur ordinaire qui sait faire un usage éclairé des méthodes précises d'exploration que nous possédons. Jusque-là nous en étions au point où en étaient Corvisart et M. Laennec, et c'est par l'emploi bien entendu des deux grandes méthodes de l'auscultation et de la percussion, dont l'une a été inventée par M. Laennec et l'autre si merveilleusement fécondée par Corvisart, que nous sommes parvenu à fonder le diagnostic de la péricardite sur les signes les plus certains et les plus invariables, j'ai presque dit les plus infaillibles.

« Je ne doute point qu'on ne trouve trop d'assurance et une large exagération dans ce que nous disons ici du diagnostic de la péricardite ; mais qu'y faire ? Le sage marchait devant ceux qui niaient le mouvement. Pour convaincre ceux qui nient la possibilité du diagnostic de la péricardite, nous marchons aussi, c'est-à-dire que nous la diagnostiquons. »

Ne croirait-on pas, à entendre M. Bouillaud, qu'à l'époque où il a commencé à observer, presque tout restait encore à faire pour le diagnostic de la péricardite ? et cependant il n'ignorait pas l'existence du travail dont nous venons de parler, puisqu'il a été forcé de le citer lui-même, et, bien plus, il devait connaître les faits consignés par M. Louis dans le *Journal hebdomadaire* pour l'année 1830, et savoir que depuis cette époque il ne se passait point d'année où ce médecin, dans sa clinique, ne fît connaître des cas dans lesquels tous les signes de la péricardite étaient parfaitement constatés. Pour être juste envers M. Bouillaud, disons que tout ce qu'il a ajouté à l'histoire de la péricardite, c'est une description de quelques nuances particulières, du bruit de frottement péricarditique : mais encore là il n'y avait rien d'entièrement nouveau, puisque, comme nous l'avons vu plus haut, M. Collin avait constaté l'existence de ce bruit, qu'il avait décrit sous le nom de *bruit de cuir neuf*. Or, il est parfaitement reconnu aujourd'hui que les divers bruits anormaux produits par le frottement des fausses membranes les unes contre les autres, ne sont que de simples variétés du bruit découvert par M. Collin.

Remarquons d'ailleurs que ces bruits anormaux de cuir neuf, de frottement, de grattement, semblables au froissement du taffetas, du papier de banque, etc., ne s'observent que dans un certain nombre de cas, et n'ont de véritable valeur que lorsque la péricardite est sèche.

Quant aux divers bruits de souffle signalés par cet auteur, et sur lesquels il n'est pas d'accord avec Hope, ils n'ont pas une grande importance dans le diagnostic de la péricardite, et c'est pourquoi nous renvoyons ce que nous avons à en dire à l'exposé des recherches sur l'endocardite dont nous parlerons plus loin.

M. Bouillaud a été un peu plus neuf quand il a insisté sur la coïncidence de la péricardite avec le rhumatisme articulaire; cependant tout le monde sait que cette coïncidence avait déjà été signalée par Sydenham et M. Chomel. Il est vrai que M. Bouillaud la regarde comme beaucoup plus fréquente que ces auteurs ne l'ont pensé. Mais cette question n'a pas été traitée par lui avec toute la rigueur nécessaire. Telle est, dit-il, d'après notre expérience, la fréquence de la péricardite chez les individus rhumatisants, qu'on pourrait affirmer, *a priori*, que sur vingt sujets atteints d'un rhumatisme articulaire aigu, général et acccompagné d'une vive réaction fébrile, il y en aura la moitié au moins qui offriront les symptômes d'une péricardite ou d'une endorcadite, et souvent de ces deux phlegmasies réunies. Mais il ne s'agissait point d'émettre ainsi une proposition, il fallait en démontrer l'exactitude par des chiffres suffisants, et l'on a beau les chercher dans le *Traité des maladies du cœur*, ou dans les *Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire aigu* (1836), on n'y trouve rien de précis : ce sont toujours des chiffres insuffisants et des raisonnements peu convaincants; c'est donc à M. Bouillaud à prouver, par une nouvelle analyse de faits, la réalité de ce qu'il avance.

En résumé, M. Bouillaud n'a point apporté dans le diagnostic de la péricardite les perfectionnements qu'il semblait nous promettre; il a seulement fait usage des moyens d'exploration que d'autres avaient appliqués avant lui, et son préambule que nous avons cité plus haut doit paraître au moins singulier. C'est au traitement qu'il faut arriver pour trouver quelque chose de vraiment neuf : or, ce traitement consiste, comme on sait, dans des saignées coup sur coup, et dans de nombreuses applications de sangsues ou de ventouses scarifiées. Mais dans son ouvrage, cette partie, qui était plus neuve, et qui, par conséquent, aurait dû être traitée avec le plus grand soin, est, au contraire, exposée en quelques mots, et par conséquent ne donne qu'une idée très-imparfaite des effets du traitement. M. Bouillaud a, il est vrai, présenté à la suite de cet article quelques observations de péricardite terminée par la guérison; mais cela ne suffisait pas, il fallait analyser les faits et présenter les résultats, en tenant compte de toutes les circonstances.

Sa conclusion générale est que la péricardite aiguë simple, convenablement traitée, ne se terminerait presque jamais d'une manière funeste, et que cette même maladie, quelque graves que soient ses diverses complications, n'est pas constamment et nécessairement mortelle, puisque, dit M. Bouillaud, nous n'avons perdu que deux des quatorze sujets qui ont été traités conformément aux préceptes que nous avons exposés ailleurs. Mais il n'y a rien là que nous ne trouvions dans les autres observations publiées par les divers auteurs, et l'on ne voit pas comment on peut faire honneur de ces résultats à la méthode des saignées coup sur coup. Relativement à la péricardite simple, les observations de M. Louis et celles de M. Hache, dont nous parlerons tout à l'heure, ont prouvé que cette maladie tendait naturellement à la guérison; et quant à la péricardite compliquée, il aurait fallu faire une distinction que M. Bouillaud a eu le tort de négliger. Dans les cas, en effet, où la péricardite existe chez un sujet préalablement atteint d'une affection chronique, et surtout d'une affection organique du cœur, la péricardite est très-fréquemment mortelle. Il n'y a qu'à parcourir les trois catégories de péricardite présentées par M. Bouillaud, dans le but de faire connaître les lésions anatomiques, pour s'assurer de l'exactitude de cette proposition. Quant aux complications de maladies aiguës, telles que la pleurésie et surtout le rhumatisme articulaire, les observations de M. Bouillaud ne nous ont rien appris en nous faisant voir que les cas de ce genre sont loin d'être tous mortels. En somme, rien ne prouve que le traitement de M. Bouillaud doive être suivi; et il est fâcheux que cet auteur n'ait pas jugé à propos d'entrer dans des détails suffisants sur ce point, car c'était le plus important pour le praticien.

Hope n'a rien ajouté de bien intéressant à ce que nous savions sur la péricardite; il a seulement fait voir, contrairement à l'opinion de M. Bouillaud, que cette maladie pouvait, par elle-même et sans complication de pleurésie, produire une douleur extrêmement vive. Il a attribué à l'augmentation d'intensité des battements du cœur les bruits de souffle qui se font entendre dans quelques cas; mais il n'a point mis le fait hors de doute. Les observations de M. Stokes sont plus intéressantes; elles ont confirmé ce que l'on savait sur le bruit de frottement et ont contribué à montrer que ce bruit peut dépendre du frottement des fausses membranes rugueuses l'une contre l'autre sans que la pleurésie soit absolument sèche. Enfin, cet observateur a suivi le progrès des adhérences du péricarde au cœur, en constatant chaque jour la diminution du bruit péricarditique dans les points où ces adhérences se formaient.

En 1836, M. Hache a publié un mémoire fort intéressant sur plusieurs observations de péricardite terminée par la guérison. Ce travail, où l'analyse exacte et l'observation rigoureuse se font remarquer, a rendu beaucoup plus précise l'histoire de cette maladie. L'auteur a fait ressortir la facilité du diagnostic à l'aide des moyens d'exploration mis en usage par M. Louis, et le peu de gravité de la péricardite à l'état de simplicité, comme nous l'avons constaté plus haut. D'après les faits qu'il a observés, il faudrait donner une plus grande importance dans le diagnostic à la douleur précordiale, aux palpitations, aux accès de dyspnée, aux rêves pénibles et aux réveils en sursaut, qu'il a trouvés réunis dans presque tous les cas. Enfin, il a constaté que les évacuations sanguines modérées amènent un prompt soulagement et paraissent hâter la guérison dans la plupart des cas. Cette dernière conclusion, relative au traitement de la péricardite, est tout ce que nous avons de bien précis à ce sujet. D'autres auteurs, et en particulier Hope et M. Gen-

drin, ont recommandé un assez grand nombre de médicaments; mais, n'ayant point donné l'analyse des faits, ils laissent nécessairement le lecteur dans le doute, et il reste encore beaucoup à faire à l'observation sous ce rapport : c'est pourquoi nous n'entrerons pas dans des détails à ce sujet; car ce que nous voulons constater ici, ce sont les progrès réels de la science et non les opinions particulières des auteurs.

Voilà ce que nous trouvons de plus important sur la péricardite. Depuis le mémoire de M. Hache, il n'a rien paru sur ce sujet qui doive nous arrêter ici, car on sait bien que nous ne pouvons aller à la recherche des observations particulières disséminées dans les divers recueils : aussi n'insisterons-nous pas d'avantage sur la péricardite, et nous contenterons-nous d'ajouter un mot sur les adhérences du péricarde au cœur qui sont une conséquence de cette maladie.

Tout le monde s'accorde à dire que ces adhérences sont difficiles à diagnostiquer; on n'avait même indiqué aucun signe particulier avant que le docteur Sanders se fût occupé de ce sujet. Cet auteur a signalé, comme un signe positif des adhérences du péricarde au cœur, une certaine rétraction qui, à chaque battement, se fait remarquer immédiatement au-dessous des derniers cartilages costaux du côté gauche; phénomène dont il explique ainsi la production : Le péricarde étant adhérent, d'une part, au cœur, et, d'autre part, au diaphragme, toutes les fois que le cœur se contracte, sa pointe étant attirée en haut, elle entraîne le muscle qui, à son tour, produit la dépression dont je viens de parler. Les autres observateurs qui ont recherché l'existence de ce signe n'ont pu la constater. Quant à Hope, il en a indiqué deux autres qui lui paraissent propres à faire reconnaître ces adhérences : le premier est le siége des battements du cœur, qui se trouve aussi élevé que dans l'état naturel, quoique l'augmentation de volume de l'organe dût faire battre sa pointe beaucoup plus bas; le second est un mouvement de ressaut, une secousse brusque, due à la gêne que le cœur éprouve dans sa contraction. Nous nous contentons de ces citations, ne pouvant discuter les faits sur la valeur desquels il y a encore une grande incertitude.

Dans un prochain article, nous aborderons l'endocardite et les diverses altérations des orifices sur lesquels l'observation moderne a jeté un grand jour.

---

8. *De l'artérite lente, considérée comme cause de maladies diverses, en particulier de la chlorose, des hydropisies*, etc., *et de son traitement;* par M. Tommasini, professeur de clinique et proto-médecin à Parme.

(Ann. de Thérapeutique et de Toxicologie, juill. 1844.)

Il existe une grande intimité entre le rhumatisme et l'artérite. Plusieurs pathologistes éminents, entre autres Burns, Hodgson, Scudamore, regardent en effet la cardite et l'artérite comme un rhumatisme du cœur et des artères, et le célèbre Kreisig, pathologue allemand, dans son bel ouvrage sur les maladies du cœur, a déclaré, sans hésiter, que, dans le rhumatisme aigu, les tuniques artérielles n'étaient jamais exemptes d'affection rhumatismale. Rasori a été le seul, jusqu'à présent, en Italie, à nier que les artères soient, comme le cœur dont elles émanent, susceptibles d'inflammation. Je n'ai pas besoin de reproduire ici la réfutation que j'ai déjà imprimée sur cette opinion de mon illustre compatriote. Je n'ai pas d'ailleurs, dans cet article, l'intention de traiter de l'inflammation aiguë des artères, maladie connue depuis l'antiquité et parfaitement étudiée dans plusieurs livres modernes. Je ne veux m'occuper que de l'artérite lente, comme source de maladies diverses, et qu'on attribue mal à propos à des conditions pathologiques différentes.

Depuis 1806, époque de mes études sur l'inflammation, mon attention a été constamment fixée sur les vibrations morbides que les artères présentent quelquefois, sans chaleur ni sécheresse à la peau, ni rougeur à la face, ni aucun autre symptôme propre à la fièvre. Ces vibrations s'énoncent par une fréquence monotone du pouls, persistent des mois et des années sans que le patient présente aucun symptôme de lésion organique dans aucun viscère, et sans que l'autopsie cadavérique (car j'ai vu quelques sujets périr à la longue dans un pareil état) décèle des altérations suffisantes pour rendre raison des phénomènes précédents. La vibration artérielle à laquelle je fais allusion est très-commune chez les femmes chlorotiques dont les règles sont supprimées; elle s'observe pareillement chez les individus sujets à des hémorrhagies fréquentes, malgré les pertes abondantes de sang qu'ils éprouvent spontanément et par les saignées qu'on leur pratique. On la rencontre quelquefois aussi sur les grosses artères du moignon des membres amputés, même après la cessation de la fièvre et de l'inflammation suppurative. Les femmes accouchées depuis peu, et dont le travail a été long et difficile, offrent souvent aussi un pareil état, malgré les pertes de sang qu'elles ont éprouvées et l'abattement des fonctions réparatrices. Chez les enfants et les jeunes gens sujets à des épistaxis fréquents, le pouls est ordinairement vibrant, accéléré et dans les conditions que nous venons de signaler, et il n'est pas rare qu'ils deviennent blafards (discroti). Alors, les anciens diagnostiquaient avec raison une hémorrhagie imminente. La vibration se déclare quelquefois à l'occasion de chagrins profonds ou d'une grande frayeur, et persiste plusieurs mois; elle accompagne constamment l'hydropisie du péricarde, même dans les cas où l'autopsie a démontré que la collection aqueuse ne dépendait pas d'une lésion matérielle bien manifeste du cœur ni de l'aorte. J'ai observé plus d'une fois ce phénomène chez des femmes hystériques et chez des hommes hypochondriaques sujets à des dyspepsies et des flatulences. J'en ai vu de ces derniers qui se plaignaient d'une vibration extraordinaire des artères à l'épigastre, à tel point qu'ils craignaient d'être affectés d'un anévrisme ou de maladies plus graves encore. Je ne trouvais dans aucun ouvrage ancien ni moderne une explication satisfaisante de cet état de vibration et de fréquence du pouls qui ne constitue pas la fièvre, de cet état morbide des vaisseaux, et qui n'est pas fébrile.

Chez certains chlorotiques, les pathologistes se contentent de voir dans cette fréquence du pouls et

dans la couleur de la peau les caractères de la *febris alba*, et ils déduisent cette maladie d'une hématose imparfaite, d'une prépondérance de sérum, sans chercher à connaître quelle peut être la condition pathologique qui s'oppose à une parfaite sanguification. Chez les individus sujets à des hémorrhagies fréquentes, on explique le phénomène d'une manière analogue, et on ne va pas plus loin; on ne cherche même pas à savoir dans quel état doit se trouver l'arbre vasculaire, surtout chez des individus très-hémorrhagiques. Quant à la fréquence et à la vibration des vaisseaux qu'on rencontre chez les sujets qui succombent à une hydropéricarde, on l'explique par l'action mécanique du liquide, par la compression, l'irritation qu'il exerce sur le cœur et sur ses vaisseaux centraux, sans soupçonner seulement que le liquide peut, quelquefois au moins, dépendre d'une condition morbide des mêmes vaisseaux. Et, enfin, chez les sujets frappés de terreur, on explique la chose par une prétendue action de mobilité excessive du système nerveux. Ces doctrines ne pouvant me satisfaire, je me suis demandé si les phénomènes en question ne se rattacheraient pas à un travail phlogistique lent du système vasculaire, en particulier des artères, et il m'a semblé qu'en étudiant la chose à ce point de vue j'aurais pu arriver à des conclusions positives. Plusieurs années se sont passées ainsi dans ce genre d'observations cliniques, de parallèles de méditations, et je suis arrivé à ce résultat: que dans le plus grand nombre des cas la raideur vibratile du système artériel dont il s'agit, n'est qu'un effet d'artérite lente.

Quelques personnes trouveront peut-être exagéré de me voir prendre pour l'effet d'une artérite sourde cette vibration avec fréquence du pouls qu'on observe chez les chlorotiques, par exemple. Je ferai cependant remarquer qu'il ne s'agit pas ici d'une inflammation prononcée à un degré élevé, comme celle qu'on observe dans les phlogoses ordinaires; c'est d'un degré minime de phlogose, d'une subphlogose que j'entends parler, et ce degré se maintient pendant des années sans un grave dérangement de l'économie, même dans des parties visibles, comme aux yeux, à la gorge, et dans des régions un peu occultes, mais où les effets sont si manifestes que le mal est comme s'il était visible à l'œil : aux bronches, à la vessie, à l'urètre, par exemple. Néanmoins, méprisé ou mal traité, ce faible degré de phlogose peut à la longue s'exaspérer et compromettre la texture des parties affectées. Je rappellerai à ce sujet les paroles de Reil, citées bien à propos par le professeur Meli dans son important ouvrage sur l'angeioite générale (*Storia d'un angioite universale*, p. 20, 21) : « Que lui (le système sanguin) jouit seul de la propriété de s'enflammer, et que c'est dans les vaisseaux sanguins exclusivement que s'organise toute inflammation de quelque partie que ce soit. » Au reste, si ces observations ne suffisaient pas aux adversaires de la phlogose, je serais disposé à transiger aisément sur le nom de la maladie, à condition qu'ils m'indiquassent une désignation raisonnable pour exprimer la condition morbide que je viens de signaler, qui survient après les causes ci-dessus et qui affecte manifestement tout le système sanguin. Notez bien qu'il ne s'agit pas d'une de ces affections fugaces, versatiles, protéiformes qui dépendent d'un excès de sensibilité ou d'une névralgie. Nous avons devant nous, au contraire, une condition qui peut s'aggraver, se compliquer, et qui s'accompagne quelquefois des mêmes symptômes, des mêmes désordres matériels qu'on observe dans l'inflammation la plus manifeste, comme celle qu'on rencontre quelquefois aux grosses artères des membres amputés; une condition, enfin, qui s'exaspère sous l'influence des stimulants, qui se modère ou disparaît par l'effet des remèdes contro-stimulants. Je persisterai donc à employer le mot *artérite lente* pour désigner la condition que je viens de définir, jusqu'à ce qu'on m'ait indiqué une expression meilleure. Entrons en matière.

Caractères et terminaisons. — 1° Le premier caractère de l'artérite lente est, ainsi que je viens de le dire, la vibration pulsatile, frémissante (frizzante), pongitive, *métallique* et constante des artères, laquelle augmente seulement trois ou quatre heures après les repas, s'exaspère instantanément et fortement par l'action du vin ou des liqueurs alcooliques. Le malade refuse spontanément ces liqueurs, parce qu'il les sent intolérables.— 2° Cette vibration particulière s'accompagne de fréquence dans les pulsations artérielles, mais sans chaleur à la peau; celle-ci offre au contraire de la fraîcheur, bien que le malade se plaigne de feu intérieur, principalement à la tête et à la poitrine. — 3° La vibration n'offre pas d'exacerbations constantes le soir ni dans une autre heure du jour, comme on l'observe invariablement dans la fièvre suppurative ou symptomatique de quelque travail destructeur de l'organisation d'une partie quelconque. Par suite de cette absence d'exacerbation nocturne, on n'observe pas de rémission le matin. — 4° Dans la vibration, que je me permettrai d'appeler *angéioïtique* (et il y a déjà vingt-deux ans que je me sers de cette expression dans mes cours de clinique), les malades de l'un ou de l'autre sexe présentent plus ou moins de chaleur et l'apparence de chlorose, de la leucophlegmasie des anciens, c'est-à-dire une teinte pâle ou jaunâtre. Que si, par l'action des aliments ou de liqueurs, ou par action morale instantanée, le visage s'allume, la rougeur n'est que partielle, limitée surtout aux joues, et ne dure que quelques heures, comme chez les phthisiques. — 5° L'artérite lente s'accompagne souvent de palpitations, soit permanentes, soit revenant par des causes même légères, dans les régions des gros vaisseaux (thorax, épigastre, bas-ventre). — 6° Enfin, les sujets chez lesquels l'artérite lente s'est élevée à un certain degré d'intensité, si elle n'a pas été attaquée à temps et convenablement, meurent de toute autre manière que ceux atteints de tabès ou de fièvre lente consomptive; ils succombent sans présenter aucun symptôme de lésion organique circonscrite, de désorganisation d'un viscère quelconque. Leur visage ne devient pas décharné; leurs bras ne sont pas carrés et anguleux comme chez les phthisiques; leurs membres conservent au contraire leur rondeur naturelle et semblent nourris comme avant. Un examen attentif, cependant, fait reconnaître dans leur tissu cellulaire un état de subtuméfaction; leurs extrémités sont œdématiées, ce qui entretient la

rondeur des lignes et indique suffisamment la formation d'épanchements intérieurs, tandis que, d'un autre côté, la pâleur de cire ou jaunâtre de leur visage, jointe à un pouls très-petit et très-fréquent, démontre que la détérioration des fonctions réparatrices est arrivée à un tel point qu'elle est inconciliable avec la vie.

Au milieu de tous ces caractères, il faut noter principalement cette constante monotonie dans la vibration, dans la fréquence du pouls, laquelle n'augmente que par l'usage des aliments ou de la boisson, tandis que, dans la phthisie, la fièvre s'exacerbe aux heures post-méridiennes, indépendamment du repas, et l'état du malade présente toujours, le matin, le calme flatteur de l'espérance. Ce caractère de l'angéioite lente me conduit à considérer dans son degré minime et chronique ce que nous voyons dans le degré aigu de la fièvre inflammatoire simple ou synoque, et dans laquelle aucun viscère n'est préférablement attaqué. La synoque, appelée avec tant de justesse, par Reil, *fièvre des vaisseaux*, qu'elle soit forte ou légère, est une fièvre continue, sans exacerbations ni rémissions remarquables, tandis que, dans une fièvre continue, quand même elle n'est qu'une simple synoque dans le principe, si quelque viscère est, par une prédisposition particulière, attaqué ou enflammé plus que les autres, alors la maladie change de caractère : elle offre des exacerbations et des rémissions quotidiennes, peu prononcées d'abord, mais de plus en plus tranchées par la suite, et d'autant plus tranchées que l'affection partielle se détache de la maladie générale. Aussi voyons-nous, dans une affection fébrile alimentée par un travail lent et qui menace de marcher vers la phthisie, se présenter au maximum les exacerbations et les rémittences, tandis qu'au contraire une angéioite lente, comme affection diffuse de tout le système sanguin, non accompagnée d'aucun travail partiel, s'offre comme la synoque, sans exacerbations ni rémissions prononcées. Il paraît en effet que les exacerbations et les rémissions dans le mouvement fébrile dépendent surtout de lésions locales, d'un travail de suppuration, d'adhésion, d'induration, qui entraîne des changements par intervalles, et qui imprime des secousses différentes au système nerveux; d'où il résulte par intervalles un état d'abattement qui est suivi d'une réaction répétée. Il est du moins permis de penser ainsi d'après cette observation, qui apprend que le phénomène est d'autant plus prononcé que le travail local est isolé, profond, décidé, tandis que, au contraire, lorsque la condition morbide est toute dans les vaisseaux, soit à l'état aigu, comme dans la synoque, soit à l'état chronique, comme dans l'angéioite lente, il n'y a pas de travail partiel, externe, et par conséquent pas de centre ni d'instruments capables de produire ces irritations alternes et répétées. Nous nous contentons, au reste, de relever le seul fait qui tombe dans notre observation journalière, sans nous arrêter à l'explication, car nous ignorons ce qui se passe tous les jours vers les heures post-méridiennes entre un viscère chroniquement enflammé et le système général, et quelle espèce de stimulus une partie qui se désorganise envoie aux vaisseaux sanguins, pour provoquer ainsi chez le phthisique une exacerbation quotidienne fébrile. Ce n'est pas assurément l'introduction journalière du chyle qui produit ce phénomène, car, en intervertissant les heures des repas, l'exacerbation fébrile ne change pas, si ce n'est dans quelques cas rares, et toujours ses accès sont *vespertins* (post-méridiens). Ce n'est pas non plus à cause du pus qui se forme chaque jour, et qui passe dans la circulation, car l'exacerbation en question, qui est ordinairement précédée de frisson, etc., se déclare même quand une partie se désorganise par l'action de végétations morbides, et sans formation de pus, comme dans certaines tumeurs blanches, par exemple. On pourrait se demander peut-être si cette exaspération périodique des maladies inflammatoires fébriles ne serait pas liée à des influences astronomiques. J'avoue que je n'ai trouvé aucune donnée qui pût accréditer cette hypothèse. D'ailleurs, il est d'observation que l'accès nocturne est d'autant plus prononcé que la lésion locale est grande. La rémission du matin fait vraiment alors un contraste frappant. Quoi qu'il en soit, ce qu'il importe au praticien de savoir, c'est que l'exacerbation constante est un symptôme d'un travail désorganisateur. Dans l'angéioite, au contraire, quand il n'y a en dehors des gros vaisseaux aucune partie attaquée organiquement, quand rien, en un mot, ne la complique, la fréquence et la vibration du pouls sont plus grandes que dans la fièvre hectique; mais la fréquence angéioitique est monotone ordinairement.

Le parallèle entre la synoque et l'artérite lente, comme entre la fièvre dépendante de lésion locale aiguë et la fièvre symptomatique d'une altération organique chronique, peut être également soutenu, si l'on veut réfléchir qu'un individu qui succombe à une pneumonie ou à une hépatite meurt précisément par le fait de l'altération et des rapports de l'organe affecté. Que s'il succombe à une fièvre inflammatoire très-forte, sans lésion locale, sa mort est due à la turgescence universelle, aux adhérences, à la fibrine condensée dans les vaisseaux capillaires. Dans les affections lentes, par exemple dans la phthisie, la mort est la conséquence immédiate de l'altération de l'organe lésé, et elle est précédée de symptômes distincts, offrant en quelque sorte une empreinte propre à l'organe lui-même, tandis que, dans l'angéioite lente au contraire, quelle que soit la cause prochaine de la mort, le désordre est toujours universel : universelles sont en effet la pâleur, la leuco-phlegmasie, la teinte jaunâtre ; elles dépendent de l'altération générale des fonctions, le malade ne présente pas une lésion plus prononcée dans un endroit que dans un autre, la mort par conséquent ne peut offrir une physionomie particulière à tel ou tel organe. L'artérite lente, en effet, est une phlogose sourde, superficielle, diffuse dans tout le système artériel; elle est à la cardite, à l'aortite, aux dilatations anévrismales, ce qu'est la bronchite superficielle et diffuse, ou la fièvre dite catarrhale, à la pneumonie, ou ce que sont les affections gastro-entériques superficielles à la gastrite. Dans l'artérite lente, le sang de la saignée est souvent aussi couenneux que celui de sujets atteints d'anévrismes progressifs. Elle est souvent un effet immédiat de ces chagrins, de ces terreurs qui déterminent aussi les

anévrismes avec une surprenante rapidité quelquefois. Le teint des sujets anévrismatiques est terreux, le tissu cellulaire devient promptement sub-tuméfié dans les environs de l'artère malade ; de même il y a teinte chlorotique caractéristique dans l'artérite lente. L'abus des liqueurs alcooliques enflamme le système sanguin ; aussi rencontre-t-on souvent chez les ivrognes les symptômes de l'artérite lente. Dans l'accouchement laborieux, un organe essentiellement vasculaire est plus ou moins maltraité ; des frayeurs, des efforts, des chagrins, s'y ajoutent aisément ; on voit aussi l'artérite lente à la suite. Après les amputations, la génèse de l'artérite lente se comprend plus facilement encore. Ce qui complète enfin ces généralités, c'est que si la maladie est susceptible d'être domptée, on n'obtient ce résultat qu'à l'aide d'un traitement antiphlogistique ou contro-stimulant ; savoir, de saignées, de limonades minérales, de boissons salines, de l'aloès, du fer, de la scille, des amers, de la digitale, du crocus, etc. C'est à l'aide de ces remèdes, en effet, qu'on combat heureusement la chlorose, qu'on s'oppose aux progrès des affections anévrismales, qu'on corrige la tendance aux hémorrhagies et qu'on pourrait presque appeler diathèse hémorrhagique. Arrivons à présent aux faits qui m'ont conduit à ces propositions générales (1).

Première catégorie de faits. — Lorsque je suivais, comme élève, la clinique chirurgicale de cet hôpital, j'avais été frappé d'un phénomène qui succède aux amputations des membres et à l'opération de l'anévrisme poplité. Je veux parler de l'œdème et du gonflement du tissu cellulaire du membre affecté, surtout lorsque les suites de l'opération ne paraissent pas tourner promptement vers le mieux. J'ai vérifié plus tard le même fait sur un grand nombre d'opérés, lorsque les guerres sanglantes de nos contrées ont peuplé nos hôpitaux de blessés. J'ai observé, surtout après l'amputation de la cuisse, que l'aorte abdominale présentait souvent des pulsations anévrismatiques, et que, dans les cas où le moignon offrait un grand œdème ou boursoufflement, les pulsations aortiques étaient plus grandes. On ne savait s'en rendre raison alors ; mais depuis qu'on connaît les rapports étroits qui existent entre le système sanguin et le système lymphatique ; depuis que l'anatomie pathologique a signalé dans ces cas une phlogose diffuse dans les gros vaisseaux coupés, la chose s'est présentée sous un jour nouveau. J'ai observé pareillement que, chez les sujets anévrismatiques, les premiers symptômes à se manifester sont la pâleur, la sub-tuméfaction du tissu cellulaire et l'apparence leucophlegmasique. Cette teinte ne se manifeste pas seulement à une époque avancée de la maladie, lorsque, par les difficultés que l'anévrisme oppose à la circulation et par la dyspnée qui s'ensuit, le sang éprouve des stases dans les veines, ce qui détermine des turgescences. J'ai vu, dans le plus grand nombre des cas, se joindre à l'anévrisme de l'aorte et du cœur la tuméfaction du tissu cellulaire, et des épanchements de sérum se former facilement dans les cavités du thorax, même dans les premiers temps de la maladie, et lorsque le cours du sang, loin d'être gêné, était plus rapide qu'à l'état naturel ; tandis que nous voyons, au contraire, généralement, dans la pneumonite et dans la phthisie (à moins que le mal ne soit compliqué d'affection idiopathique des vaisseaux sanguins), la respiration être très-difficile, sans que le tissu cellulaire soit leucophlegmasique. Je me demandais donc quels rapports immédiats ont entre elles les affections idiopathiques des vaisseaux sanguins et la leucophlegmasie, l'œdème, l'altération de la couleur de la peau.

J'ai remarqué que, dans toutes les maladies que les anciens rapportaient à la leucophlegmasie, chez les femmes chlorotiques qui présentent une pâleur de cire ou jaunâtre, le tissu cellulaire plus ou moins tuméfié et les membres facilement œdémateux, il y a constamment artérite lente ou *artériosité* (arteriosità) à laquelle ces phénomènes se rattachent indubitablement. La vibration et la fréquence du pouls sont surprenantes et peu en rapport avec la chaleur. Dans ces occurrences se lient donc étroitement ensemble la couleur leucophlegmasique, le gonflement du tissu cellulaire et une très-grande artériosité, bien qu'il semble, au premier abord, qu'autre chose devrait s'ensuivre; car, par ce cours rapide du sang dans les artères, la lymphe devrait circuler rapidement aussi dans ses vaisseaux (1).

Un fait qui m'a beaucoup frappé est celui d'un certain Ferrari, conducteur de diligence, grand buveur de liqueurs et de vin, bien nourri, figure rouge, lequel était venu plusieurs fois me consulter à cause de vertiges qu'il éprouvait ; il ne se refusait pas aux évacuations sanguines, mais il ne suivait pas les autres prescriptions, car il ne pouvait rester plus de deux à trois jours sans boire de vin. Un mois après sa dernière visite chez moi, j'ai été frappé, en le revoyant, de le trouver pâle, d'une apparence chlorotique tellement prononcée que j'ai eu de la peine à le reconnaître ; son tissu cellulaire était sub-tuméfié, pieds œdématiés ; il accusait un sentiment de chaleur surtout à la poitrine, il avait cessé de prendre du vin, car quand il en buvait il sentait, disait-il, ses viscères brûler. Son pouls, que j'avais trouvé autrefois lent et plutôt mou, présente aujourd'hui des vibrations métalliques, avec une très-grande fréquence à certaines heures du jour, tandis que la chaleur dermique était restée toujours naturelle ou au-dessous ; il n'éprouvait pas cependant de palpitations ni au cœur, ni au bas-ventre, ni de difficulté à la respiration, et il pouvait rester librement couché sur l'un ou l'autre côté, si ce n'est que tout mouvement insolite, la moindre impression physique ou morale augmentaient singulièrement

(1) Je ne pense pas que dans l'affection en question les veines soient exemptes de maladie. D'après mes observations, le système veineux est plus ou moins compris dans le mal comme l'artériel ; aussi je préfère souvent le nom d'angéioite lente comme plus générique; néanmoins, dans la véritable phlébite générale, il est des caractères qui ne se rencontrent pas dans l'artérite, et vice versa. Je traiterai de la phlébite générale dans un prochain article.

(1) Il est probable que les épanchements en question n'émanent pas seulement des vaisseaux lymphatiques, les veines et les artères elles-mêmes pouvant y contribuer.
(*Note du traducteur.*)

les vibrations artérielles, et il en sentait alors vivement les chocs aux régions précordiales comme à l'épigastre. Je lui ai prescrit l'usage des saignées, des pilules aloétiques et scillitiques, de la crème de tartre martiale. Arrivé chez lui, il s'est bien soumis aux différents remèdes que je lui avais prescrits; mais il s'est abstenu des saignées, par la raison qu'il attribuait son mal à la détérioration de la partie colorante de son sang, conséquence des saignées qu'il avait subies auparavant par mon conseil. D'après les renseignements que j'ai reçus, il est mort hydrothoracique, et j'ai la conviction que si l'on eût ouvert son cadavre, on aurait trouvé pour toute lésion une altération du système artériel, en particulier les capillaires turgescents à leur face interne, leurs parois épaissies et rouges, et des transsudations de lymphe concrescible, ainsi que le professeur Meli les a reucontrées dans un cas parfaitement identique.

Un jeune homme de haute conditiou, très-connu et aimé dans cette ville, le baron Caranza, est mort d'hémorrhagie pulmonaire. Dans les derniers temps il vomissait par livres le sang par la trachée. Ni dans ces époques d'hémoptysie, ni antérieurement où je l'ai vu, l'examen ne faisait découvrir dans les poumons ou dans les bronches rien de ce travail qui caractérise la phthisie ou qui y conduit. Il n'a jamais eu de véritable fièvre, et excepté la toux qu'il éprouvait dans les moments d'expectoration du sang, il ne toussait jamais ni ne se sentait malade. Néanmoins je ne me rappelle pas avoir rencontré un pouls aussi vibrant, aussi métallique et frémissant que chez ce jeune homme; son pouls est resté le même dans toutes les époques, même dans les intervalles de bonne santé. A cette vibration était jointe une grande fréquence, mais sans chaleur ni fièvre; le sang qu'on tirait était tout fibrine, il se couvrait à l'instant d'une couenne épaisse. A ces symptômes manifestes d'artérite, le malade présentait tous les caractères de la chlorose; il était chlorotique dès les premières époques de sa maladie, lorsque les crachats sanguinolents étaient de peu d'importance en apparence.

Je donnerais trop d'extension à cet article, si je voulais rapporter ici tous les cas que j'ai observés dans ma longue pratique, de malades hémorrhagiques chez lesquels j'ai rencontré les symptômes de l'artérite lente, la vibration et la fréquence extraordinaire du pouls, sans aucun caractère de fièvre, avec pâleur chlorotique, sub-tuméfaction cellulaire, tendance aux œdèmes et aux hydropisies. Il était trop facile, et je dirais presque trop vulgaire, d'attribuer ces derniers symptômes, chez les sujets hémorrhagiques, à la faiblesse, à l'atonie causée par le sang perdu. On oubliait cependant que, chez une jeune personne naguère robuste et rubiconde, dont la menstruation s'est supprimée par de forts chagrins, par d'imprudentes lotions froides, disparaissent bientôt les couleurs roses de son visage, son teint devient promptement pâle, glaucomateux, chlorotique; son tissu cellulaire se sub-tuméfie, et qu'il survient chez elle toute autre chose de ce qu'il semblait devoir arriver par suite de la rétention du sang des règles. On oubliait que, chez un sujet atteint de bronchite aiguë, par exemple, on tire quelquefois dix fois plus de sang dans un court espace, pour le guérir, que ne perd un sujet hémorrhagique en un temps même plus long, sans que, pour cela, le premier prenne l'habit et les couleurs chlorotiques. Et l'on ne réfléchissait pas, d'ailleurs, que les enfants les plus sujets à l'épistaxis sont ceux précisément qui présentent avant la manifestation de l'hémorrhagie l'habit chlorotique, la teinte blanc-cire; et si leurs joues se rubéfient quelquefois, cette teinte n'est que passagère et contraste singulièrement avec la couleur générale du derme. Je ne prétends pas conclure de ce qui précède que la perte de la couleur, l'habit chlorotique, la tendance aux congestions lymphatiques et aux épanchements ne soient, dans beaucoup de cas, la conséquence des pertes éprouvées, des hémorrhagies abondantes. J'ai au contraire déclaré, et peut-être le premier, qu'aux graves hémorrhagies et aux saignées trop répétées et trop abondantes succédait quelquefois une vibration morbide des artères et qu'elles occasionnaient une fréquence dans le pouls au maximum, soit parce que l'extrême faiblesse rend l'organisme intolérant aux stimulus ordinaires, soit parce que la désharmonie qui résulte de la dépression violente le rend inquiet et provoque une réaction; mais on ne doit pas confondre cet état avec celui qui nous occupe plus particulièrement. Je désire précisément faire observer que souvent, même chez les sujets atteints d'hémorrhagie, on confond les effets de celle-ci avec la condition antérieure ou essentielle de la maladie, et que, dans beaucoup de cas, l'habit leucophlegmasique que l'on prend pour une conséquence des pertes de sang est, au contraire, une condition étroitement liée avec l'état morbide des vaisseaux sanguins, avec l'angéioite lente, en un mot, dont ils sont atteints, ainsi qu'avec leur vibration morbide et l'hémorrhagie à la fois.

Les faits et considérations qui précèdent conduisent à considérer comme effets d'artérite lente plusieurs affections ou symptômes d'apparences diverses, et qu'on a localisés empiriquement et sans preuve. La vibration morbide des artères, en effet, est constante dans les cas auxquels je fais allusion; elle augmente par l'usage des stimulants, rend les sujets intolérants au vin et aux liqueurs, s'exaspère par l'introduction du chyle après chaque repas, et n'est pas, d'après les idées reçues, conciliable avec l'habit chlorotique et leucophlegmasique; et l'on ne comprend pas, d'après les principes enseignés toujours, comment cette vibration peut persister jusqu'à la fin de la vie, toujours forte, métallique, malgré la détérioration de la nutrition et des forces. Tout cela rentre aujourd'hui naturellement dans la connaissance de la condition phlogistique qui affecte idiopathiquement le système artériel lui-même. Les liaisons connues, d'ailleurs, du système sanguin avec le système lymphatique, et le trouble des sécrétions, de l'absorption, rendent parfaitement compte de la détérioration de la couleur qui accompagne plus ou moins les maladies en question, et qui constitue le *malus habitus* d'Arétée. On explique pareillement par la même donnée le changement des proportions des éléments du sang. Il est d'abord plus ou moins couenneux dans l'artérite, quelquefois même très-couenneux, comme chez les

sujets atteints d'anévrisme, à cause, peut-être, de l'impétuosité du mouvement qu'éprouvent les éléments sanguins préparés dans les systèmes lymphatique et veineux, et qui se trouvent lancés dans le système artériel ; il est couenneux, au surplus, si l'on veut, parce que les artères elles-mêmes sont enflammées, et il offre beaucoup de couenne, par la même raison, quelle qu'elle soit, que la phlogose de la surface du poumon ou de la plèvre détermine la formation et la sécrétion d'une grande quantité de fibrine. Le défaut d'une nutrition convenable explique consécutivement l'altération globulaire du sang. La fonction des vaisseaux absorbants étant imparfaite ou en partie suspendue, le tissu cellulaire doit se tuméfier plus ou moins. La disposition à l'œdème entretient, dans beaucoup de cas, la rondeur des membres et le luisant de la peau, malgré le défaut d'une bonne nutrition ; de là aussi la facilité ou la prédisposition aux épanchements séreux chez les sujets atteints d'angéioite, comme chez ceux affectés d'anévrisme. Tout cela s'explique, en un mot, je le répète, par l'étroite liaison qui existe entre la fonction de l'absorption et celle de la circulation du sang, ou entre les vaisseaux sanguins et les vaisseaux absorbants.

A propos de la prédisposition aux hydropisies du tissu cellulaire et des grandes cavités, laquelle n'est jamais disjointe de l'inflammation des vaisseaux sanguins, je ne dois pas omettre de relever l'erreur, pour ne pas dire le ridicule, de l'opinion qui la regardait comme la conséquence d'un prétendu diséquilibre entre les vaisseaux lymphatiques et les vaisseaux sanguins, opinion qui, pendant longtemps, a régné comme la base de l'étiologie des hydropisies. Ce prétendu diséquilibre entre les deux systèmes n'est, au fond, qu'un mot sans valeur, car, en définitive, cela ne pourrait être qu'un effet d'une autre condition qui resterait toujours à déterminer. Un malheureux frappé d'hémiplégie offre aussi un diséquilibre d'action entre les muscles du côté paralysé et ceux du côté sain ; mais personne n'a songé à établir dans ce diséquilibre la cause ou la condition pathologique de l'hémiplégie. On doit donc remonter à la condition véritable qui empêche, en cas d'hydropisie, les lymphatiques ou les veines d'absorber en entier ou en partie ce que sécrètent les vaisseaux exhalants de la partie; et lorsque l'empêchement à la fonction d'absorption n'est pas tout à fait local, comme une tumeur dans le foie, dans le mésentère, dans les ovaires, dans les glandes, etc., il faut nécessairement le chercher dans les conditions morbides des vaisseaux sanguins qui, ainsi que nous l'avons dit, sont dans une relation très-étroite avec le système absorbant. Dans l'angéioite, dans l'artérite, dans les affections anévrismales, la cause de l'empêchement ou de la diminution de l'absorption, et par conséquent de la tendance aux hydropisies, est dans l'inflammation même ou dans l'altération idiopathique des vaisseaux sanguins, et le fer, la scille, la digitale, le nitrate de potasse, l'acétate de potasse, le colchique, etc., ne rétablissent l'équilibre et ne dissipent les collections séreuses dans les angéioites qu'en combattant la condition phlogistique des vaisseaux sanguins et en ôtant par là, d'une part, l'obstacle à l'absorption normale, et, de l'autre, la condition de l'extravasation. S'il ne fallait qu'exciter les lymphatiques pour guérir l'hydropisie, comme on le croit, il suffirait de faire boire du vin ; or, rien n'est plus nuisible que cela dans ces maladies.

Deuxième groupe de faits.— Le premier groupe de faits nous a conduit à considérer l'artérite lente comme cause constante et monotone de vibrations éternelles et de fréquence des palpitations des artères, sans caractère fébrile, comme condition pathologique de la chlorose ou de l'habit chlorotique, comme cause fréquente d'épanchements séreux dans le tissu cellulaire et dans les cavités, et comme liée, dans beaucoup de cas, à une tendance aux hémorrhagies. Dans ce second groupe, nous envisagerons l'artérite lente comme cause ou condition principale de plusieurs phénomènes hypochondriaques ou hystériques, et de quelques dérangements graves de l'estomac et du système nerveux, qu'on rapporte communément à d'autres conditions morbides.

Le premier fait qui a appelé mon attention sur ce sujet est celui d'un homme âgé de 60 ans, moine de Saint-Martin à Parme : il offrait un teint presque hépathique et se plaignait depuis longtemps de quelques symptômes d'hypochondrie ; il éprouvait des éructations, des flatulences, de la dyspepsie, un malaise inexplicable à l'estomac, des vertiges, de l'insomnie, une pusillanimité particulière, telle que nous l'observons tous les jours chez les hypochondriaques, palpitations de cœur, et plus souvent des battements incommodes à l'épigastre : tel est le tableau qu'il nous a fait de sa maladie et que nous avons pu vérifier. Caractérisée pour une hypochondrie, elle avait été traitée avec les remèdes amers, la rhubarbe, l'aloès d'une part ; mais, de l'autre, on l'avait attaquée en même temps à l'aide de mixtures cordiales, de l'éther, du vin généreux, dans lesquels on infusait de l'absinthe ou de la casse, ou bien encore du diascordium ou du laudanum, lorsque l'insomnie se prolongeait. La seule chose qu'on remarquait alors, comme digne de réflexion, était la constance des phénomènes présentés par le malade, phénomènes qui, comme on sait, sont ordinairement dans l'hypochondrie vagues et inconstants ; on faisait aussi remarquer le dépérissement progressif du malade et sa teinte hépathique, qui s'était de plus en plus prononcée. En conséquence, aucun des consultants ne douta que l'affection hypochondriaque ne fût dans ce cas combinée avec une profonde altération du foie, bien que ce viscère ne présentât rien d'anormal à l'exploration. De mois en mois, les forces sont tombées et la détérioration de la fonction réparatrice est devenue de plus en plus grave; le malade a éprouvé des pertes de sang par les vaisseaux hémorrhoïdaires, lesquelles semblaient le soulager temporairement ; mais dans les derniers mois de son existence il a présenté aussi des évacuations de matières mélaniques ou couleur de poix (*morbus niger*) ; sa peau s'est maculée de taches obscures ou de ronds colorés, comme dans le scorbut, puis les membres inférieurs se sont œdématiés, le pouls est devenu intermittent, défaillances répétées, mort. Cette maladie a duré en tout plusieurs années.

L'autopsie a été faite avec un grand soin en présence de tous les médecins consultants, et sous mes

yeux, par le chirurgien Galati et par mon ami Albertini. Le cerveau n'a rien présenté d'anormal. Les poumons étaient sains, ainsi que les intestins et l'estomac. Le foie était plutôt ratatiné, sa substance coupée, plus dure qu'à l'état normal. Le cœur n'a offert aucune altération, si ce n'est que le péricarde était plein de sérum; mais l'aorte était malade, plusieurs points d'ossification s'observaient à sa courbure, sur d'autres points elle était manifestement enflammée et d'un rouge vif cochenille; en suivant cette artère dans l'abdomen, elle offrait partout des restes évidents de phlogose. L'artère hépatique était ossifiée; cette altération se continuait dans ses deux premières divisions, et sur les points qui n'avaient pas encore subi cette dégénérescence on voyait manifestement de la rougeur inflammatoire, telle qu'elle a été indiquée par Haller et par Frank dans les vaisseaux phlogosés. Cette observation a dû, on le prévoit, me donner à réfléchir à une époque où l'on commençait déjà à soupçonner que plusieurs maladies qu'on rapportait à des conditions diverses provenaient peut-être d'un travail phlogistique.

Deux années plus tard, un autre fait non moins décisif est venu jeter un nouveau jour; ce qui était douteux dans mon esprit s'est converti en certitude, et j'ai été conduit à voir plus clairement l'angéioite lente comme cause possible de phénomènes gastriques et hypochondriaques. Il s'agissait d'un homme âgé de trente-cinq ans, petit, maigre, courrier à pied; il était très-connu, et pour sa célérité, telle qu'il égalait les courriers à cheval, et par son ivrognerie habituelle; il ne restait jamais en arrière quand il s'agissait de courir ou de boire du vin ou des liqueurs. A la suite d'excès répétés et de fatigues, il a commencé à éprouver des flatulences et des éructations; pour se soulager, il avait recours aux teintures aromatiques pour mieux *chasser*, disait-il, l'air de l'estomac; mais il n'en éprouvait pas toujours du soulagement, ou du moins l'effet favorable n'était que momentané. Quand il m'a consulté, j'ai regardé ces phénomènes comme dépendants de l'abus du vin, et j'ai présumé l'existence d'une condition phlogistique à l'estomac; je lui ai prescrit de s'abstenir de liqueurs alcooliques, de ne boire que très-peu de vin très-délayé, et de faire usage de rhubarbe et de magnésie. Le malade n'ayant pu longtemps résister à la privation du vin et de ses habitudes, n'a pas retiré beaucoup d'avantage des remèdes. Revenu me consulter, il m'a déclaré qu'il reconnaissait bien que le vin ne le soulageait point, et il m'a ajouté que depuis quelque temps il éprouvait des feux intérieurs, comme des flammes vers l'estomac pour peu qu'il en bût. Cependant les flatulences qui le tourmentaient tant et semblaient l'étouffer, étaient plus ou moins chassées par quelques gorgées de vin ou de liqueur. Le pouls était très-vibrant, mais pas fébrile; peau plutôt fraîche, respiration et battements du cœur à l'état normal dans toutes les positions; mais l'épigastre et les hypochondres sont presque toujours ballonnés par des gaz; éructations fréquentes. Présumant de ces phénomènes l'existence d'une affection gastrique, j'ai prescrit des remèdes antiphlogistiques et des purgatifs; j'ai recommandé de préférence l'usage fréquent de magnésie calcinée et de bismuth. Quelque temps après, ce malade s'est présenté à l'hôpital, et je l'ai fait recevoir à ma clinique. Le docteur Ambri, mon collègue et moi, nous avons étudié ce malade d'une manière particulière; nous avions bien soupçonné une affection dans les vaisseaux sanguins; mais les éructations continues étaient tellement fortes qu'elles simulaient un vomissement de vents: la dyspepsie et un sentiment continu de malaise ou de douleur à l'épigastre, nous ont fait croire plus particulièrement à une gastrite lente. En conséquence, nous avons fait appliquer des sangsues à l'épigastre et prescrit l'usage de la glace; nous avons fait répéter les absorbants, combinés à de petites doses de fer; puis nous avons donné aussi quelques pilules d'extrait d'aconit. A cette époque, l'eau cohobée de laurier-cerise n'était pas encore en grand usage. Peu de temps cependant est resté à notre observation et à nos tentatives thérapeutiques, le malade ayant été pris d'évanouissements qui se sont répétés et sont devenus de plus en plus graves; il a succombé dans une de ses syncopes.

L'autopsie a été faite avec le plus grand soin. On a d'abord ouvert l'estomac et les intestins, siége présumé du mal, mais les intestins étaient sains et l'estomac était très-normal. Les viscères de l'abdomen n'ont absolument rien présenté de maladif; le cerveau, rien, si l'on en excepte un peu d'engorgement des plexus choroïdiens. Les poumons, le cœur, rien; tout est à l'état naturel. Dans la poitrine, l'aorte seule a paru malade; son arc était dilaté, ses parois un peu épaissies, sa tunique interne manifestement plus rouge que dans l'état normal. En la suivant dans la portion sous-diaphragmatique, cette artère est décidément rouge à partir de deux doigts avant de traverser le diaphragme, et de là jusqu'à la naissance des iliaques nous l'avons trouvée avec surprise tellement enflammée que sa tunique interne offrait la couleur du kermès minéral. Cette couleur était si chargée que, dans mes recherches ultérieures, je ne me rappelle pas en avoir trouvé plus de trois cas aussi prononcés dans le nombre considérable d'autopsies que nous avons faites pour éclaircir cette importante question.

L'espace me manquerait, si je voulais décrire minutieusement les autres cas de semblables maladies que j'ai eu l'occasion d'observer consécutivement, et il y a maintenant trente ans que je traite l'angéioite lente dans mes cours de clinique, soit comme cause principale des flatulences, des troubles nerveux, des affections hypochondriaques, soit comme condition étroitement liée à ces maladies, et il nous est arrivé de diagnostiquer la lésion en question dans des cas où on était loin de la soupçonner, et de la constater ensuite sur le cadavre, à l'étonnement des personnes qui suivaient notre clinique. Entre autres cas de ce genre, je citerai celui que j'ai observé en 1815 sur un douanier, Filiberti, qui était traité par mon savant ami, le docteur Manzotti, et dont je conserve encore des notes; et un autre d'un nommé Ranzano, que j'ai observé aussi dans la même année. Dans l'un comme dans l'autre cas, le malade était tourmenté par des flatulences, par des malaises intérieurs, des sensations pénibles, inexplicables à l'épigastre, dans l'abdomen, ainsi que cela est ordinaire chez les hypochondriaques. Chez tous les deux, l'aorte ventrale battait avec une vibration métallique; chez tous

les deux, le *malus habitus* était manifeste, ainsi que la détérioration de la fonction nutritive. Tous les deux sont morts. L'autopsie n'a pu être faite que chez l'un d'eux seulement : l'aorte ventrale était manifestement enflammée dans une grande étendue. Nous avions diagnostiqué une angéioite. La même affection s'est présentée chez la malheureuse comtesse Castellina ; la vibration morbide de l'aorte descendante et des carotides a été chez elle le premier phénomène du début de la maladie, et qui a duré longtemps, sans être accompagné d'autre symptôme que de flatulences, d'éructations fréquentes et d'une sensation morbide à l'estomac, qu'on caractérisait d'hystérisme. Le mal a marché très-lentement. La patiente a pu vivre longtemps ; mais enfin le travail s'est propagé à tout le système artériel, a produit des dilatations anévrismales dans les vaisseaux précordiaux, et la malade a succombé. Cette dame se sentait aussi portée à prendre quelques gorgées de liqueur alcoolique pour faire échapper l'air de l'estomac, et se soulageait ainsi momentanément. La même phénoménalogie s'est présentée exactement chez un officier en retraite que j'ai eu à traiter à la clinique, en 1818-19 : des battements, des flatulences, une inquiétude insupportable et tous les autres caractères de l'hypochondrie, que nous caractérisons pour une angéioite lente abdominale. Chez ce malade, la pulsation métallique de l'aorte descendante était manifeste, et l'on ne pouvait douter de l'existence d'une artérite, car l'affection s'était déclarée à la suite de l'amputation de la cuisse. Une dame qui vit encore à Parme, et que soigne aujourd'hui mon élève et ami, le docteur Coruzzi, est depuis plusieurs années affectée de phénomènes nerveux étranges, lesquels ont revêtu des formes diverses, et leur source se trouve peut-être à présent au-dessus des ressources de l'art. Chez elle, lorsque le mal a commencé, elle était encore jeune ; c'est par la pulsation hardie de l'aorte abdominale que la chose a débuté, puis de la cœliaque suivie d'apparences chlorotiques, bien que l'utérus exécutât ses fonctions et que la patiente fût déjà mère de quatre ou cinq enfants. Une de mes parentes, qui jouit aujourd'hui d'une assez bonne santé, a été traitée de la même affection par M. Corruzzi à l'aide des saignées, des ferrugineux, de la scille, de l'aloès, de la digitale, et elle aurait succombé, j'en ai la conviction, sans les soins éclairés de ce médecin. Chez elle, les pulsations aortiques abdominales étaient devenues si hardies qu'elles la faisaient tomber en syncope ; elles s'accompagnaient de flatulences, de malaise à l'estomac et de divers phénomènes nerveux. Le traitement a dompté cet état ; mais il n'a pu dissiper complétement les pulsations. Une autre dame a commencé, il y a trente-ans, à s'apercevoir des pulsations artérielles et des autres phénomènes qu'on attribue à l'hystérisme. Plusieurs consultations avaient déjà eu lieu quand j'ai été appelé par son médecin habituel, feu le professeur Rubini. J'ai diagnostiqué une angéioite lente ; mon collègue a persisté à penser qu'il s'agissait, non d'une maladie idiopathique des artères, mais symptomatique ou sympathique, d'irritation nerveuse. Le temps, cependant, a prouvé que je ne m'étais pas trompé, car cette malade, qui ne prenait pas de choses stimulantes, mais qui n'avait pas assez de patience pour suivre les prescriptions, a empiré de plus en plus. Les pulsations aortiques sont depuis un an devenues violentes et continues ; elles ont été observées à l'œil nu par presque tous les médecins étrangers appelés en consultation. L'altération matérielle de l'aorte par angéioite est de toute évidence. Il y a deux ans, j'ai reçu à la clinique un jeune ouvrier mégissier qui, après des abus de plus d'un genre, s'est aperçu d'une pulsation très-forte de l'aorte abdominale, laquelle augmentait par le mouvement et produisait un sentiment de malaise qui s'étendait jusqu'au cœur, mais sans menace de défaillance. Il se plaignait continuellement de mal à l'estomac, de flatulences, de malaise aux hypochondres ; pouls apyrétique, mais vibrant ; teinte chlorotique. Il guérit après un long usage des amers et du fer. Le docteur Neva a assisté ce malade. En ce moment même, je vois avec le docteur Rebucci, mon ancien élève, un malade de haut rang, qui est venu à Parme avec lui me consulter pour une affection de ce genre ; il présente le tableau le plus complet de l'hypochondrie : les sensations pénibles du bas-ventre s'élèvent jusqu'au cœur et le menacent de syncope. La seule teinte angéioitique du patient m'a de suite fait diagnostiquer l'artérite avant d'examiner ses organes. L'ayant fait coucher, j'ai porté ma main sur l'abdomen, et j'en ai reçu une telle impulsion aortique, qu'on aurait dit que le cœur était placé dans la région ombilicale. Je pourrais citer enfin une multitude d'autres cas pareils de sujets encore vivants à Parme, ou aux alentours, avec une aortite lente et progressive que j'ai pu suivre dans toutes ses phases, et chez lesquels j'ai pu diagnostiquer le mal dès le début, malgré les apparences de gastrite, de dyspepsie, de flatulence, de gastralgie et névrose plus ou moins vagues qu'on caractérise d'hypochondrie ou d'hystérisme.

Je ne prétends pas cependant établir d'une manière absolue que les phénomènes que je viens d'exposer doivent être toujours attribués à des affections idiopathiques du système sanguin et faire admettre une artérite lente, car il est beaucoup plus ordinaire de rencontrer des maux d'estomac et la dyspepsie, ainsi que la flatulence, qui se rattachent à une gastrite lente ; et quant aux phénomènes hypochondriaques et hystériques, on sait de combien de causes différentes ils peuvent dépendre. Je ne prétends même pas exclure l'existence, assez fréquente même, si l'on veut, de vibrations artérielles, de pulsations d'apparence anévrismatique, non dépendantes d'aucune affection idiopathique des mêmes vaisseaux, et se rattachant complétement à des conditions irritatives ou d'autres lésions de l'estomac, de l'utérus ou d'autres organes qui réagissent sympathiquement sur les artères ; car je n'ai pas oublié les belles considérations que l'illustre clinicien De Haën a émises à ce sujet (*Ratio medendi*, chap. 2, *de anevrismate*) ; mais il doit m'être aussi permis de faire remarquer que si l'anatomie pathologique eût été au temps de De Haën aussi avancée que de nos jours ; si cet auteur célèbre eût porté ses investigations jusque dans l'intérieur des grands systèmes, il aurait probablement reconnu que beaucoup d'affections qu'il a jugées consensuelles sont en réalité idiopathiques. J'ajouterai que, même de nos jours, beaucoup de praticiens ne connaissent qu'à peine

l'angéioite lente, par la raison que les lésions artérielles qu'ils rencontrent dans leurs autopsies, par exemple les indurations, les ossifications, ils ne les considèrent qu'à un point de vue très-restreint, et ils ne se demandent pas ce que ces lésions étaient dans le principe ou avant d'arriver à ce point. Or, nos recherches sur ce sujet nous ont conduit à cette conséquence, qu'il ne s'agissait là, dès l'origine, que d'un travail phlogistique.

Je dirai en outre que les mêmes rapports nerveux qui existent entre l'aorte et plusieurs viscères, les branches de la paire-vague et de l'intercostal qui assiégent l'aorte avant et après sa sortie du diaphragme, les entrelacements que l'arc aortique reçoit du plexus cardiaque, les liens nerveux qui existent à l'aide de troncs insignes entre le système artériel et le système gastrique, entre le cœur et l'estomac, expliquent sans doute les palpitations et les vibrations artérielles symptomatiques d'affections de l'estomac et des intestins; mais ces mêmes rapports expliquent aussi les affections gastriques et hypochondriaques dépendantes d'angéioite. Déjà le célèbre Rega, dans son admirable traité *de Sympathiâ*, avait dit : « Ainsi que le démontre l'anatomie, le cœur peut être affecté par les viscères abdominaux, par l'estomac, par l'utérus, etc. De même aussi on doit tenir pour certain que le cœur affecté idiopathiquement peut à son tour faire partager à ces viscères ses propres souffrances (Rega, *De consensu partium pectoris*, cap. 16). » On doit surtout faire dépendre d'affection idiopathique des gros vaisseaux, d'angéioite lente, les flatulences, les oppressions à l'estomac, les phénomènes hypochondriaques, lorsque la vibration artérielle ou la palpitation est constante. Il ne peut ensuite rester le moindre doute, d'après mes observations, lorsque à la constante vibration morbide des vaisseaux se joint l'habit chlorotique et leucophlegmasique.

Que si les faits que nous venons d'exposer conduisent à établir chez beaucoup de malades comme cause ce qu'on regardait naguère comme effet; si les lumières de la pathologie moderne nous permettent de soupçonner une artérite lente dans beaucoup de cas où on n'avait autrefois aucune donnée satisfaisante de diagnostic; cet avantage, j'ose le dire, mes élèves le doivent à nos propres recherches, et l'on doit attacher peut-être quelque prix à la connaissance positive de maladies idiopathiques qu'on regardait comme sympathiques et qu'on ne songeait pas à traiter directement dès le principe, et sur lesquelles on ne portait l'attention que lorsque l'affection était déjà devenue tout à fait incurable.

---

9. *Quelques considérations sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement de la gastrite aiguë, de la gastrite chronique et de la gastralgie*; par M. Valleix, médecin des hôpitaux, etc.

(Suite : voir Encycl., t. 143, juillet 1844, p. 50.)

(Bulletin général de Thérapeutique, juillet 1844.)

Aujourd'hui que les faits ont été étudiés d'une manière plus exacte et sans idées préconçues, on peut dire que le diagnostic des maladies de l'estomac dont nous nous occupons ne présente pas de très-grandes difficultés. Si, il y a encore peu de temps, la confusion était si générale, c'est que la valeur des symptômes n'était pas suffisamment appréciée, et que surtout on n'avait point égard à la marche de la maladie, qui aurait empêché de regarder comme des affections ayant leur siége exclusif dans l'estomac des maladies beaucoup plus générales, ou bien de les prendre pour de simples gastrites ou même des gastro-entérites primitives, comme l'a fait Broussais.

Et d'abord, je dirai qu'il n'est rien de si facile que de distinguer des autres affections une *gastrite aiguë simple* de moyenne intensité. Pour en donner la preuve, je citerai deux observations recueillies en 1840 et 1841, à l'hôpital Beaujon, par M. Cossy, interne des hôpitaux.

Obs. III.—Louise Lebert, âgée de vingt-deux ans, travaillant à la terre, d'une taille moyenne, d'une constitution forte, ayant le visage habituellement bien coloré, entra à l'hôpital le 6 juillet 1840.

Interrogée sur ses antécédents, elle fournit les renseignements suivants : elle a toujours habité la campagne, et jouit d'une bonne santé habituelle. Elle eut un second accouchement heureux, il y a onze mois, et elle vint à Paris dans les derniers jours de juin pour y chercher un nourrisson. Elle fit un trajet de cinquante lieues dans une voiture de roulier dont les cahots étaient très-rudes. La veille de son arrivée, elle commença à éprouver du malaise, de la fièvre, de la céphalalgie et des douleurs épigastriques. A ces symptômes se joignirent bientôt des vomissements de matières amères. A son arrivée, elle se mit au lit, qu'elle garda jusqu'à l'époque de son entrée à l'hôpital. Dans cet intervalle, il n'était survenu aucune amélioration; la fièvre et les vomissements amers avaient persisté, et la douleur épigastrique était restée la même; la céphalalgie avait seulement un peu diminué. Aucun traitement ne fut fait; la diète fut seulement observée.

Le 7 juillet. Face naturelle, bien colorée; point d'amaigrissement notable; intelligence et sens intacts, céphalalgie légère; un peu de courbature; soif assez vive, inappétence; langue humide, ne présentant rien de notable; pas de vomissements depuis hier; douleur épigastrique spontanée permanente; elle est augmentée notablement par la pression, et se fait sentir principalement dans l'hypochondre gauche. Le ventre, bien conformé, est indolent partout ailleurs qu'à l'épigastre; les selles, qui s'étaient supprimées peu de temps avant la maladie, ont manqué depuis; fonctions respiratoires et circulatoires à l'état normal; un peu de chaleur et de sécheresse de la peau; pouls peu accéléré, régulier, ne présentant rien autre chose de remarquable. Dès les premiers jours de la maladie, la sécrétion du lait se suspendit; elle ne s'est pas reproduite; point de douleurs des seins. (*Solution de sirop de gomme, 2 pots; cataplasme sur l'épigastre; lavement de lin, diète.*)

Le 8. Ni chaleur, ni accélération du pouls; tête un peu lourde; la courbature existe encore à un faible degré. La soif et l'inappétence persistent; la douleur épigastrique est presque nulle; il n'y a ni selles ni vomissements. (*Même prescription.*)

Le 9. Quelques coliques après le lavement, suivies de plusieurs selles abondantes, d'abord dures, puis liquides; la langue est naturelle. Il y a eu depuis hier au soir des vomissements d'une petite quantité de matières amères, sans aucune augmentation des autres symptômes; fièvre nulle. (*Solution de sirop de gomme*, 2 *pots; eau de Seltz*; *diète.*)

Le 10. Les vomissements n'ont pas reparu; tous les symptômes se sont dissipés; il ne reste qu'un peu de faiblesse; l'appétit est vif.

Le 13. La malade mangeait un huitième de la portion, et le 13 elle sortit en bonne santé.

Si l'on voulait trouver absolument dans la gastrite aiguë ces symptômes si violents, et ces phénomènes sympathiques indiqués par Broussais, assurément on ne pourrait pas regarder l'affection de cette femme comme une inflammation de l'estomac; mais si l'on y réfléchit, on verra qu'il est absolument impossible de porter un autre diagnostic. Les vomissements amers répétés pendant plusieurs jours de suite, la douleur épigastrique, la légère réaction fébrile avec conservation de l'intelligence, nous font reconnaître une affection locale de nature inflammatoire, et trop légère pour produire une fièvre intense. Or, cette affection ne peut avoir en son siége ailleurs que dans l'estomac, seul organe douloureux, et dont les fonctions ont été si notablement troublées.

Un *simple embarras gastrique* produit du dégoût pour les aliments, la céphalalgie, l'abattement, mais non ces vomissements répétés et cette douleur épigastrique si notable. La réaction fébrile, quelque légère qu'elle ait été, vient d'ailleurs rendre la distinction plus facile encore.

Quant à la *fièvre typhoïde*, dans les cas les plus légers elle a un appareil de symptômes beaucoup plus notable, et parmi eux je signalerai principalement les symptômes cérébraux et intestinaux, qui ne se sont pas montrés dans le cas dont il s'agit.

Pourrait-on croire que la *constipation opiniâtre* a été la principale cause des symptômes? Mais si l'on considère que bien qu'elle ait commencé avant les symptômes gastriques, elle n'a donné lieu à aucun signe d'inflammation intestinale, et que les phénomènes de la gastrite se sont prolongés après qu'elle a été vaincue par le lavement purgatif, on ne s'arrêtera pas à cette manière de voir.

La maladie s'est montrée aiguë par sa marche et par sa forme, en sorte qu'il serait inutile de rechercher si on pourrait la confondre avec une *affection chronique*. Est-ce une raison pour ne pas poser le diagnostic entre elle et la *gastralgie*, qui, comme on le sait, a presque toujours une marche chronique? Non, sans doute, car au début on n'a point pour se guider cette considération de la chronicité, et, de plus, il est quelques gastralgies, comme on en voit des exemples dans les auteurs, qui ont une marche assez rapide. Ce qui sert surtout à fixer le diagnostic en pareil cas, c'est le vomissement, la nature des matières vomies, l'état de l'appétit et la soif.

Relativement aux *vomissements*, nous voyons que dans la gastralgie ils sont assez rares; qu'ils ne se produisent pas, comme dans ce cas, indifféremment aux diverses époques de la journée; qu'ils ont lieu presque toujours après le repas; qu'en dehors des repas, la matière qui les compose est ordinairement formée de mucosités mêlées à une salivation plus ou moins abondante; qu'en un mot, le vomissement des matières est l'exception dans la gastralgie, tandis que, comme dans le cas que je viens de citer, il constitue la règle dans la gastrite.

Nous avons vu, dans ce cas, l'*appétit* complétement perdu; or, dans la gastralgie, surtout au début, il n'en est point ainsi. Il peut être altéré, plus ou moins faible, quelquefois augmenté; mais toujours il persiste à un certain degré, et c'est après les repas que la difficulté des digestions, les douleurs épigastriques spontanées, les rapports âcres, etc., font connaître l'existence de la maladie gastrique.

La *soif*, sans être très-vive chez la femme dont je viens de rapporter l'histoire, était cependant assez marquée; or, en parcourant les observations de gastralgie rapportées par M. Barras et par M. Rougier (*De l'emploi de la morphine par la méth. enderm.*, etc.), on voit que la soif a été rarement vive, et que, dans le plus grand nombre des cas, elle a été complétement nulle.

Enfin, les *douleurs épigastriques* viennent confirmer la diagnostic. Dans la gastralgie, en effet, les douleurs spontanées sont ordinairement violentes, au moins à une certaine époque de la maladie, et surtout après les repas et pendant les vomissements; mais la douleur à la pression ne se montre que dans des exceptions rares. Quelques malades, il est vrai, éprouvent de la part des corps en contact avec l'épigastre une sensation désagréable, mais ce n'est pas là une véritable douleur.

On le voit donc, rien n'est plus tranché que les différences qui existent entre les symptômes observés chez cette malade et ceux de la gastralgie; eh bien! dans les autres cas de gastrite simple que j'ai pu consulter, et que j'ai mentionnés plus haut, les choses se sont passées à peu près de la même manière; en sorte que ce diagnostic, que j'ai donné pour ce cas particulier, peut être appliqué en général à la gastrite et à la gastralgie. Pour en fournir une nouvelle preuve, j'ajouterai ici une autre observation de gastrite aiguë simple.

Obs. IV. Adèle Farcy, âgée de dix-neuf ans, blanchisseuse, d'une taille ordinaire et d'un embonpoint notable, entra à l'hôpital Beaujon le 17 mars 1841, et voici les renseignements qu'elle fournit:

La santé est habituellement excellente; elle n'est sujette à aucune incommodité. Le 13 mars 1841, étant très-bien portante et sans qu'elle puisse attribuer la maladie actuelle à aucune cause, elle fut prise dans la journée de frissons suivis de chaleur, puis des douleurs vagues se firent sentir dans tout le corps, et il survint bientôt après les phénomènes suivants: douleurs à l'épigastre, qui en peu de temps deviennent très-intenses; bientôt après, nausées suivies de vomissements assez fréquents, pendant lesquels était rejetée une petite quantité de liquide jaune et amer. Les jours suivants, persistance des vomissements, de la douleur épigastrique et de tous les autres symptômes; fièvre notable. Point de traitement; la malade garde le lit et observe la diète.

Le 18. On la trouve dans l'état suivant : face un peu colorée, légèrement anxieuse ; sens et intelligence intacts ; légère pesanteur de tête ; persistance des nausées ; pas de vomissements depuis l'entrée ; langue naturelle, soif assez vive ; dégoût pour toute espèce d'aliments ; la douleur épigastrique persiste avec une certaine intensité ; elle augmente notablement à la pression ; le reste de l'abdomen est souple et indolent ; pas de selles depuis le début de la maladie ; fonctions respiratoires à l'état normal ; peau chaude, sèche ; pouls à 90, un peu plein. La malade attend ses règles, qui sont en retard de quatre ou cinq jours ; elle en ignore la cause. (*Solution de sirop de gomme*, 2 *pots ; cataplasme émollient sur l'épigastre ; lavement de lin* ; *diète absolue.*)

Les jours suivants, les vomissements n'ont pas reparu ; mais, le 19 et le 20 mars, tous les autres symptômes ont persisté. Le 21 seulement, la douleur épigastrique a diminué, et les nausées ont cessé ; la fièvre a complétement disparu ; l'appétit se manifeste à un faible degré ; les régles ont paru dans la nuit du 21. (*Solution de sirop de groseiltes*, 1 *pot* ; *cataplasme à l'épigastre* ; *deux demi-bouillons.*)

Le 22 et le 23, tous les symptômes se sont complétement dissipés, et le 25 la malade est sortie en parfaite santé.

Sans doute, dans ce cas, on n'a pas été témoin de ces vomissements de matières amères que l'on avait pu observer dans le précédent ; mais on ne peut point avoir de doute sur les renseignements fournis par la malade, qui entrait à ce sujet dans des détails suffisants. Ainsi, sous le rapport des vomissements, de la douleur épigastrique, de la perte de l'appétit, de la soif et de la fièvre, ce fait est identique à celui qui a fourni matière aux réflexions dans lesquelles je suis entré sur le diagnostic. J'en citerai plus loin, à l'occasion du traitement, un autre qui nous offrira les mêmes signes ; de telle sorte que nous ne pouvons plus douter de la valeur des différences que je viens de signaler.

Si le diagnostic de la gastrite aiguë offre si peu de difficulté dans les cas où les symptômes sont si peu intenses, il nous en offrira nécessairement beaucoup moins encore lorsque, comme dans la première observation que j'ai rapportée, la maladie aura un haut degré de violence, et se traduira aux yeux de l'observateur par des symptômes locaux extrêmement tranchés, et par une fièvre assez notable.

La *gastrite chronique* présente parfois un diagnostic plus difficile à établir que la gastrite aiguë ; mais il faut remarquer que ce n'est pas dans les cas où cette affection est primitive, et où par conséquent on a le plus grand intérêt à en bien déterminer l'existence. Les maladies avec lesquelles on pourrait la confondre sont la *gastralgie* et le *cancer de l'estomac*. Or, relativement à la première de ces affections, nous trouvons que le diagnostic ne présente pas de difficultés réelles. Voyons en effet ce que dit M. Louis à ce sujet.

De l'analyse des observations qu'il a rassemblées il résulte : « Qu'à son début la gastrite chronique est caractérisée par la fièvre, les nausées, les vomissements, l'anorexie plus ou moins complète ; que ces symptômes sont accompagnés, précédés ou suivis de douleurs à l'épigastre ; que jamais les nausées et l'anorexie n'ont manqué, et que la douleur à l'épigastre a été observée onze fois sur douze ; que ces symptômes persistent avec des rémissions plus ou moins longues jusqu'à la mort, dans les cas où la maladie complique d'autres affections, ce qui est très-commun. » Nous retrouvons donc ici ces mêmes troubles fonctionnels de l'estomac, les vomissements, la douleur épigastrique, et surtout l'anorexie, qui viennent éclairer le diagnostic. La fièvre et les circonstances dans lesquelles se produit la maladie ne sont pas moins dignes de remarque.

Nous venons de voir qu'il existait quelquefois dans le cours de la gastrite chronique des rémissions de plus ou moins longue durée ; M. Louis en cite entre autres un exemple très-remarquable dans sa *quatrième observation*. Cette circonstance rend-elle le diagnostic entre la gastrite chronique et la gastralgie plus difficile ? Non, sans doute, car ces rémissions ne ressemblent point à la disparition momentanée de la maladie, qui se fait si souvent remarquer dans la gastralgie. Dans la gastrite chronique, l'appétit peut revenir à un certain degré ; mais il reste toujours du côté de l'épigastre des symptômes qui, tout légers qu'ils sont, n'indiquent pas moins que la maladie se continue, quoique avec plus de lenteur.

Il est plus difficile, comme le fait remarquer M. Louis, de distinguer la gastrite chronique du cancer de l'estomac au début de ces maladies. Cet auteur a cité une observation dans laquelle les difficultés de ce diagnostic sont évidentes. Mais ces difficultés n'ont lieu que dans des cas exceptionnels, et d'ailleurs elles n'ont pas une très-grande importance pour le praticien, attendu que, quoi qu'on en ait dit, le traitement n'est pas sensiblement modifié. C'est pourquoi je n'insisterai pas sur ce point, devant me renfermer dans ce qu'il y a de plus important pour la pratique.

On trouve dans ce qui précède presque tout ce qui concerne le diagnostic de la *gastralgie ;* je me bornerai donc à y joindre quelques considérations sur un diagnostic particulier : je veux parler de la *névralgie dorso-intercostale*. Dans cette névralgie, en effet, il existe à l'épigastre une douleur lancinante que l'on pourrait croire plus profonde ; mais si l'on remarque que cette douleur est principalement exaspérée par la pression ; qu'il existe en même temps des points douloureux sur le trajet du nerf ; que si les fonctions de l'estomac sont troublées, on en trouve presque toujours la cause dans l'action du traitement, on ne restera pas longtemps dans l'incertitude.

Quant au diagnostic de la gastralgie et du cancer de l'estomac, je n'insisterai pas sur ce point, pour les raisons indiquées plus haut ; je dirai seulement qu'au début de l'affection il est quelquefois très-difficile : c'est lorsque le cancer, marchant d'une manière très-chronique, ne produit qu'un très-léger affaiblissement. Cependant, l'irrégularité plus grande dans la marche de la gastralgie, et, ainsi que l'a re-

marqué M. Barras, la production de l'hypochondrie, viendront éclairer le praticien.

Les détails dans lesquels je viens d'entrer ne paraîtront sans doute pas trop longs si l'on réfléchit que dans les maladies dont il s'agit le traitement doit être presque toujours entièrement différent, suivant qu'elles sont de nature inflammatoire ou nerveuse ; et l'on comprendra combien il est nécessaire pour le médecin de fixer son attention sur les moindres nuances, et d'établir d'une manière positive la nature de la maladie soumise à son observation. Nous pouvons maintenant présenter quelques considérations générales sur le traitement, si important à connaître.

3° *Traitement.* — J'arrive à la partie la plus intéressante de ce travail, sans me dissimuler les difficultés qu'elle présente par suite de la confusion que j'ai signalée dans la description pathologique. Voyons si, à l'aide des documents que j'ai rassemblés, nous pourrons arriver à quelque résultat positif. Je ne prétends pas, toutefois, exposer ici, dans tous ses détails, le traitement des maladies dont il s'agit ; je veux seulement faire connaître les principes sur lesquels il doit être fondé, et indiquer quelques médications particulières. Pour cela, je vais passer successivement en revue la gastrite aiguë, la gastrite chronique et la gastralgie.

Gastrite aiguë. — Si l'on admettait l'existence de ces violentes gastrites signalées par Broussais, et qui ne sont, comme je l'ai dit plus haut, que des conséquences d'une maladie plus grave, on pourrait croire que le traitement de la gastrite aiguë doit être très-énergique ; mais s'il est vrai que l'inflammation de l'estomac ne s'élève à un si haut degré d'intensité que dans des cas tout à fait exceptionnels, on en conclura nécessairement qu'il faut être beaucoup plus réservé dans l'emploi des moyens antiphlogistiques. Ce n'est point là, du reste, une assertion fondée sur de pures idées théoriques ; nous avons vu plus haut, en effet, que des gastrites assez violentes ont cédé à une médication fort simple. A ces exemples je vais en joindre un autre qui ne laissera point de doute sur l'exactitude de ce que j'avance.

Obs. V. Une femme de quarante-deux ans, couturière, entre à l'hôpital Beaujon le 12 mai 1841. Interrogée sur les antécédents, elle répond ce qui suit : elle a toujours joui d'une bonne santé jusques il y a trois ans, où elle eut, dit-elle, une maladie semblable à celle dont elle est maintenant attaquée; cette affection fut combattue par de nombreuses applications de sangsues sur l'épigastre. La malade a toujours été bien nourrie ; elle est bien réglée depuis l'âge de 13 ans ; elle a eu quatre grossesses heureuses et est accouchée à terme ; elle n'a jamais eu de flueurs blanches ; depuis son enfance, elle a parfois des épistaxis peu abondantes.

Elle habite une chambre saine, n'a fait aucun écart de régime, n'a pas eu d'indigestion et n'a point reçu de coup sur l'épigastre ; elle éprouve, dit-elle, depuis trois mois, des chagrins assez vifs dont elle ne fait pas connaître la cause ; elle ne saurait attribuer sa maladie à aucune autre cause particulière.

Le début de l'affection actuelle remonte au 6 mai. Cependant depuis un mois son appétit était légèrement diminué, ce qu'elle attribue à ses chagrins. Le 6, ayant déjà un peu de courbature depuis la veille, elle ressentit en se levant du malaise ; elle avait des bâillements continuels, et elle éprouvait une céphalalgie fixée à l'occiput avec bruit dans les oreilles, et dégoût pour toute espèce d'aliments ; la bouche était amère, la soif vive ; il y avait des nausées sans vomissements et une douleur épigastrique légère.

Dans le jour, ayant voulu continuer son travail, elle fut prise d'un frisson qui la força de se mettre au lit, que dès lors elle ne quitta plus ; le frisson, avec claquement de dents, dura deux heures environ, et fut suivi de chaleurs et de sueurs abondantes. Les deux jours suivants, il y eut quelques frissons moins intenses et moins longs que le premier. Ils ne se reproduisirent plus, mais les autres symptômes persistèrent ; ainsi, la chaleur était très-élevée et la moiteur continuelle. La douleur épigastrique alla même en augmentant, au point de devenir le symptôme dominant. Il n'y eut point de vomissements, mais des nausées continuelles ; aucun traitement ne fut mis en usage. La malade ne prit que de l'orge miellée pour boisson, et se tint à une diète sévère.

Le 13. Etat actuel. Quoique la malade assure qu'elle a beaucoup maigri depuis le commencement de la maladie, elle a un embonpoint ordinaire ; elle se plaint d'avoir perdu ses forces. La face n'exprime ni l'anxiété ni la stupeur ; l'intelligence est conservée ; la vue et l'ouïe sont bonnes ; les bruits que la malade entendait dans ses oreilles ont cessé depuis trois ou quatre jours ; la céphalalgie est moins violente depuis hier, cependant elle existe encore à un degré notable ; elle occupe le sommet, la partie postérieure et les deux côtés de la tête ; la douleur n'est pas exaspérée par la pression ; langue un peu jaunâtre, villeuse, large, médiocrement humide ; bouche amère, dégoût pour les aliments ; soif encore vive, mais moins qu'avant l'entrée à l'hôpital ; nausées fréquentes, sans vomissements ; déglutition facile. L'épigastre est bien conformé, et offre de nombreuses cicatrices de piqûres de sangsues ; il est le siége d'une douleur qui augmente notablement sous une médiocre pression, et qui s'étend, de bas en haut, jusqu'à un pouce de l'appendice xyphoïde, et transversalement d'un hypochondre à l'autre. Cette douleur, qui a son maximum d'intensité à l'épigastre, n'est pas lancinante ; la malade la compare à une sensation de brûlure profonde fort pénible, et accompagnée de battements qui, néanmoins, ne peuvent être perçus par la palpation. L'exploration des hypochondres ne fait constater aucun développement anormal du foie ni de la rate. Le reste de l'abdomen est un peu volumineux et un peu dur, mais indolent à une forte pression. Pas de selles depuis le commencement de la maladie ; les urines peu abondantes et fortement colorées, à ce que dit la malade, n'ont pas été examinées.

Point de symptômes du côté de la poitrine, pas de point douloureux à la pression dans les espaces intercostaux. La malade dit avoir eu la nuit dernière, pour la première fois depuis le début de son affection, moins de chaleur et de moiteur ; mainte-

nant la peau est sèche, un peu chaude, sans éruption. Le pouls est à 86, régulier, sans autre caractère particulier. (*Solution de sirop de gomme*, 1 *pot ; limonade*, 2 *pots ; bain, cataplasme sur l'épigastre ; lavement de lin ; diète absolue.*)

Du 14 au 17, aucun changement, si ce n'est que la céphalalgie est moins violente. Pas de selles, malgré l'administration d'un lavement de lin chaque jour. Chaleur de la peau naturelle. Le pouls varie entre 76 et 84 pulsations.

Le 17. Depuis hier, la douleur de la tête s'est étendue au front en perdant de sa force; la douleur épigastrique a très-peu diminué; un cataplasme un peu épais est difficilement supporté sur l'épigastre. Bouche toujours très-amère ; langue nette assez humide, soif diminuée; quelques nausées sans vomissements. Pouls à 76, régulier. Peau à l'état normal. (*Limonade*, 2 *pots; cataplasme, lavement purgatif; diète absolue.*)

Le 18, même état. Le lavement purgatif n'a produit aucune évacuation. (Même prescription, si ce n'est que le lavement purgatif est remplacé par 62 grammes d'huile de ricin.)

Le 19. Hier, l'administration de l'huile de ricin, après avoir été suivie de quelques coliques, a provoqué six selles abondantes. Les matières, d'abord très-dures, étaient liquides à la fin. Aujourd'hui, les nausées et la céphalalgie ont cessé complétement. La bouche n'est plus amère; l'appétit est un peu revenu ; la douleur de l'épigastre persiste, mais avec moins d'intensité. Pouls à 76, régulier. (*Limonade*, 2 *pots ; cataplasme;* 2 *vermicelles.*)

Le 21. La malade s'est levée pour la première fois. Elle ne se plaint plus que d'un peu de faiblesse et de sa douleur épigastrique, qui cependant diminue, mais avec beaucoup de lenteur. (*Eau de Vichy;* 1/8 *de portion.*)

Le 24. La malade sort, n'ayant plus pour tout symptôme qu'une légère douleur à l'épigastre, qui ne se manifeste que sous la pression.

Réflexions.—Dans ce cas, nous n'avons pas noté ces vomissements remarquables signalés dans les observations précédentes; mais est-ce une raison pour changer le diagnostic et pour croire qu'il n'a pas existé réellement une gastrite aiguë? A quelle affection aurions-nous donc eu affaire? Un simple embarras gastrique aurait-il donné lieu à cette violente douleur de l'épigastre et au mouvement fébrile qui l'a accompagnée? C'est ce qu'on ne saurait admettre. Il y a eu, au début de la maladie, un frisson suivi de chaleur et de sueur; ce cas n'aurait-il été qu'une simple fièvre intermittente dont l'affection gastrique pourrait être regardée comme un épiphénomène? Mais ce n'est là qu'une hypothèse ; car l'accès de fièvre ne s'est point régulièrement reproduit, et d'ailleurs l'affection que nous avons observée ne subsistait pas moins avec ses caractères propres. La constipation rendrait-elle compte de tous les symptômes? Evidemment non, quoique l'apparition des selles ait coïncidé avec une amélioration rapide. La constipation, en effet, n'a pas précédé, pendant un temps suffisamment long, l'affection gastrique ; mais elle s'est montrée lorsque la fièvre, les nausées et la douleur ont apparu, et en a sans doute été la conséquence. Enfin, les nausées continuelles et la soif vive sont des symptômes qui appartiennent plus particulièrement à la gastrite aiguë.

Je dois saisir cette occasion de rappeler l'influence des affections morales sur la production de cette maladie. D'après la malade, en effet, c'est sous cette influence que l'appétit a diminué et que les symptômes gastriques ont acquis peu à peu le degré d'intensité où nous les avons vus s'élever.

Enfin, je ferai remarquer la simplicité du traitement. De simples émollients et une boisson acidule ont procuré une amélioration évidente, quoiqu'elle se soit produite avec lenteur, et un simple purgatif après avoir fait cesser la constipation, a été suivi d'une guérison très-rapide.

Il suit de ce qui précède que, dans la gastrite aiguë, de simples émollients, une ou deux applications de sangsues à l'épigastre, de légers purgatifs suffisent pour faire disparaître assez promptement la maladie. Dans certains cas, il peut exister une cause particulière que je n'ai pas encore mentionnée: c'est la présence de vers dans le canal intestinal ; du moins, un cas dont j'ai l'observation sous les yeux semble le prouver; je vais en donner une analyse succincte :

Obs. VI. — Un homme âgé de vingt ans, d'une bonne constitution, n'ayant eu d'autre maladie sérieuse qu'une fièvre intermittente à l'âge de quatorze ans, et habitant Paris depuis trois mois, n'avait eu, pendant ce séjour, qu'une diarrhée légère qui se prolongea pendant un mois environ, lorsque, douze jours avant son entrée à l'hôpital, il fut pris de malaise et d'inappétence sans autre symptôme notable. Quatre jours après, il fut pris, sans cause appréciable, de céphalalgie, de vomissements amers fréquemment répétés, et pendant lesquels furent rejetés deux vers lombrics. La douleur épigastrique était vive et augmentait par la pression; il y avait en outre un dévoiement assez abondant et un mouvement fébrile léger sans aucun trouble des sens, sans épistaxis ni éruption. Après l'expulsion du second ver lombric, qui ne fut point provoquée, il survint une amélioration notable qui alla ensuite en augmentant, et la guérison fut complète neuf jours après. Le traitement consista en l'administration de l'infusion de fleurs d'oranger, de 4 décigrammes de calomel par jour, de cataplasmes émollients sur l'épigastre, de lavements laudanisés, et dans la diète absolue.

Ce fait n'est sans doute pas le seul dans lequel la présence des vers a été signalée comme cause de la maladie qui nous occupe; mais il n'était pas inutile de le rapporter, à cause de l'exactitude avec laquelle ont été observés les symptômes. Dans un cas semblable, devrait-on hésiter à administrer des vermifuges? Non, sans doute, quoique ces médicaments soient composés de substances irritantes et purgatives ; car ici la présence des vers doit être regardée comme une cause mécanique dont il importe de débarrasser l'estomac.

Cette réflexion m'amène à dire un mot des *vomitifs* et des *purgatifs*. C'était une maxime reçue chez nos prédécesseurs, que le *vomissement se guérit par le vomissement,* et la première observation citée dans ce mémoire prouve que cette médication

n'était pas aussi *incendiaire* qu'on s'est plu à le dire dans ces dernières années. Toutefois il paraîtra prudent de n'avoir recours aux vomitifs que dans des cas semblables à celui que je viens de présenter, et dans ceux où l'on pourrait regarder l'indigestion comme la cause excitante de la maladie ; non qu'on doive beaucoup redouter une extrême exaspération de l'inflammation après l'administration de ces médicaments, car bien des faits prouvent que ces excitations artificielles n'ont qu'un effet très-borné et très-passager, mais parce que, les vomissements étant dus à une cause inflammatoire, c'est d'abord celle-ci qu'il faut attaquer.

Il me reste maintenant à dire un mot du *régime*. Lorsque la maladie est dans toute sa vigueur, il est évident que la diète est indiquée ; d'ailleurs, l'inappétence est toujours portée au point que les malades se privent eux-mêmes de toute alimentation. Mais lorsque l'amélioration devient évidente et que l'appétit commence à se déclarer, on ne doit pas croire, avec les médecins de l'école physiologique, qu'il faille revenir aux aliments avec une timidité extrême. Les faits que j'ai cités prouvent qu'on peut prescrire les aliments avec une promptitude presque aussi grande que dans les autres affections aiguës, et tout porte à croire qu'en agissant autrement on n'a fait que prolonger les souffrances du malade. C'est là un point important qui ne doit pas être perdu de vue par les praticiens.

Gastrite chronique. — Le traitement de la gastrite chronique ne diffère pas sensiblement de la gastrite aiguë. Cependant il faut se rappeler qu'un des principaux caractères de cette affection c'est de donner lieu à des vomissements rebelles et contre lesquels l'application des sangsues, tout en affaiblissant beaucoup les malades, n'aurait pas une grande action. C'est alors que les préparations opiacées, administrées soit par la méthode endermique, soit à l'intérieur par la bouche et par le rectum, doivent être principalement mises en usage. Relativement à l'administration des opiacés par le rectum, je dois dire que dans beaucoup de cas, ainsi que M. Louis l'a particulièrement noté, et comme j'ai pu le constater maintes fois, ce moyen a réussi à arrêter les vomissements dus à une gastrite chronique, et contre lesquels tous les médicaments dits antiémétiques avaient échoué. On ne doit pas craindre en pareil cas d'élever les narcotiques à une assez forte dose.

Il est évident que lorsque la gastrite chronique n'est qu'une affection secondaire développée dans le cours d'une maladie mortelle, la phthisie tuberculeuse par exemple, le traitement que j'indique ne peut être que palliatif. Mais les observations de M. Louis, que j'ai déjà citées, prouvent qu'en persévérant dans l'emploi de ces moyens on arrive assez facilement à la guérison, quand la maladie est simple. Surtout qu'on ne confonde pas, comme le fait M. Andral, la gastrite avec le cancer de l'estomac ; car alors on ne peut plus avoir la moindre certitude sur la valeur du traitement.

Gastralgie. — C'est surtout dans cette maladie que les effets du traitement sont évidents, soit que, mal dirigé, il ait les plus funestes conséquences, soit que, employé avec connaissance de cause, il fasse cesser promptement les symptômes les plus alarmants. J'ai déjà dit que dans les douleurs gastriques survenues après l'abus des médicaments excitants, une abstinence de deux ou trois jours était suffisante ; mais il faut prendre garde aussi de faire passer trop rapidement les sujets d'un régime très-excitant à un régime très-doux. J'ai vu récemment un jeune homme qui, après un voyage de trois ans en Orient, où il a vécu de mets très-épicés et bu des vins très-violents, a été pris, à son retour en France, d'une gastralgie qu'il n'a fait cesser qu'en reprenant un régime semblable à celui qu'il suivait dans son voyage. Mais je n'insiste pas sur ces faits aujourd'hui bien connus de tout le monde ; passons à ces gastralgies de longue durée qui le plus souvent ont été entretenues par l'abus des adoucissants et de la la diète.

Les médicaments à l'aide desquels on est parvenu à guérir ces affections sont très-multipliés ; mais il y a cela de remarquable, que presque tous sont pris parmi les excitants, les toniques et les opiacés. Schmidtmann et M. Barras, que l'on peut en particulier consulter sur ce point, ont fait connaître la plupart de ces médications. On croirait que les excitants comme les alcooliques ne doivent pas faire la base du traitement, et cependant on sait que par leur moyen et une alimentation analeptique on a assez souvent rendu promptement à la santé des individus qui se croyaient affectés d'une gastrite des plus intenses.

Les toniques, et en particulier les ferrugineux, tiennent une grande place dans le traitement de la gastralgie. On sait de temps immémorial que les sources ferrugineuses ont rétabli les fonctions digestives chez des sujets qui dès longtemps les avaient profondément altérées. C'est surtout dans les cas où la gastralgie est liée à la chlorose que le succès est prompt et complet, ainsi que l'ont démontré MM. Trousseau et Bonnet (*Arch. génér. de Méd.*, août 1832). Il est donc important d'y avoir recours dans le plus grand nombre des cas ; mais l'administration de ce médicament demande quelques précautions. Chez certains sujets, en effet, le fer, lorsqu'il est administré rapidement à haute dose, occasionne des douleurs assez vives dans l'estomac et dans les intestins, et la maladie semble redoubler : ce n'est pas une raison pour abandonner la médication, mais il faut diminuer la dose, varier la préparation ferrugineuse jusqu'à ce qu'on en trouve une qui soit supportée, et suspendre l'administration du médicament pour le reprendre ensuite. Il suffit d'indiquer ces précautions pour qu'on puisse les suivre facilement.

Je sortirais trop des bornes de cet article, si je voulais indiquer les diverses substances employées, telles que le quinquina, le nitrate d'argent, la noix vomique, l'huile pyro-carbonique, etc. ; il me suffit d'avoir fait connaître les principales. Je veux seulement dire un mot de l'eau froide et de l'application de ce liquide à l'extérieur.

On sait qu'en Allemagne l'*hydrothérapie* est en grand honneur ; mais parmi les maladies traitées par cette méthode, il n'en est aucune que l'on regarde comme plus facilement guérie que la gastralgie. Il est certain qu'un assez bon nombre d'ob-

servations viennent à l'appui de cette opinion, et ces faits ne doivent pas être perdus pour les médecins. Cependant rien ne prouve que le traitement doive être appliqué dans toute sa rigueur; quelques verres d'eau froide le matin et le soir, les bains froids, l'exercice, et surtout un régime substantiel, suffisent ordinairement.

L'opium a été employé depuis longtemps. Les faits cités par M. Barras prouvent combien il est utile dans la gastralgie. Il y a peu de temps encore, M. Sandras a fait connaître les heureux effets de l'administration de l'acétate de morphine dans des douleurs violentes de l'estomac. La manière dont il administre ce médicament est connue de nos lecteurs. On se rappelle, en effet, qu'il recommande de mêler cinq centigrammes d'acétate de morphine à un verre d'eau sucrée, et de prendre deux ou trois cuillerées à café de ce mélange après le repas. M. Rougier (*De la morphine administrée par la méthode endermique*, etc.) emploie le sel de morphine en le faisant absorber par la surface d'un vésicatoire. Ce médecin a obtenu par ce moyen de prompts succès; mais il faut ajouter qu'il joint à ce traitement l'usage de la *strychnine*, qui, ainsi que nous l'avons vu plus haut, peut avoir sa part de la guérison. Il n'est donc pas douteux, d'après ce que je viens de dire, que l'opium, de quelque manière qu'il soit administré, ne soit d'une très-grande efficacité dans le traitement de la gastralgie, et on ne saurait trop recommander son emploi.

Enfin, un exercice modéré, et par-dessus tout un régime assez substantiel composé d'éléments appropriés à la susceptibilité du malade, complète le traitement. Assurément on ne sera pas autorisé, comme certains charlatans, à porter tout à coup l'alimentation à un haut degré de tonicité; mais en suivant une gradation rapide, on pourra arriver très-promptement à changer du tout au tout le régime du malade.

Je ne dois pas omettre de dire, en terminant, qu'il faut surtout avoir égard à l'état moral du sujet. Dès qu'on a bien constaté qu'il ne s'agit point d'une maladie organique, et qu'on est sûr d'avoir affaire à une gastralgie, il faut lui promettre une guérison prompte et certaine; et cet espoir, si on peut le lui inspirer, produit lui seul une prompte amélioration. M. Barras, qui a éprouvé le découragement produit par la gastralgie, a insisté avec force sur ce précepte, et si on ne peut pas douter de son importance, on jugera combien il est nécessaire au praticien d'avoir un diagnostic assuré, et de tenir compte des nuances dont j'ai parlé plus haut. Surtout qu'on ne se fasse plus un monstre de l'action des excitants sur la muqueuse gastrique, même lorsqu'il y aurait un certain degré d'inflammation dans l'estomac.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

10. *Leçons cliniques sur les maladies des yeux*; par M. Pajot. — Hôpital de la Charité. — M. Velpeau.

(Suite : voir Encycl., t. 143, juillet 1844, p. 80.)

(Gazette des Hôpitaux, Nos 82, 85 et 88)

De la conjonctivite papuleuse. — De la thérapeutique des conjonctivites purulentes.

Il nous reste, pour terminer ce que nous avons à dire des conjonctivites, à examiner le traitement des conjonctivites particulières, et spécialement celui qui convient aux conjonctivites purulentes. Mais avant d'aborder cet important sujet, nous dirons quelques mots des caractères et de la thérapeutique d'une autre espèce, dont un exemple se trouve actuellement dans les salles.

La muqueuse de la partie antérieure de l'œil peut s'enflammer en totalité, comme nous l'avons vu; elle s'enflamme quelquefois aussi en partie sur certains points seulement, de manière à présenter une ou plusieurs plaques au milieu de tissus sains; c'est ce qui constitue la conjonctivite partielle, dont la plus commune est celle qu'on désigne sous le nom de *papuleuse*. Ceci ne cadrerait guère avec les idées de quelques praticiens, qui n'admettent pas même que les différents tissus de l'œil puissent être enflammés séparément, puisqu'il s'agit ici d'une des membranes de l'œil devenue le siége d'une phlegmasie limitée à quelques points, d'une inflammation qui non-seulement n'envahit pas les divers éléments dont l'œil se compose, mais encore n'occupe qu'une petite partie d'un des tissus de l'organe. Il est certain pourtant que la chose existe, et qu'on voit se développer sur la conjonctivite une ou plusieurs plaques rouges présentant les caractères que nous avons assignés à la conjonctivite franche.

La variété la plus commune, avons-nous dit, est la conjonctivite papuleuse. La jeune fille couchée au n° 16 en offre un exemple parfaitement tranché; elle porte au grand angle de l'œil une plaque rouge occupant environ le tiers de la sclérotique. Cette plaque est fort apparente; elle est composée de vaisseaux arborescents, comme dans la conjonctivite générale; sa portion la plus large est du côté de la cornée, et l'on peut s'assurer qu'elle n'a son siége ni dans cette dernière membrane complétement saine, ni dans la sclérotique; car, d'une part, la vision est intacte, et de l'autre la plaque est mobile, se déplace, ce qui suffit pour faire juger qu'elle siége sur la conjonctive.

Dans cette variété de la conjonctivite, on observe ordinairement une tache grise, blanche ou rosée, d'un ou deux millimètres d'étendue, tantôt conique, surtout quand elle apparaît; puis se déprimant ensuite : ce sont ces papules qui ont imposé le nom à la maladie. Il y a d'ordinaire autant de papules que de plaques. Ce sont encore ces taches que certains

oculistes ont confondues avec des ulcérations ; et leur erreur est assez facile à comprendre, car les papules présentent, en effet, à une certaine époque, un aspect déprimé qui peut en imposer pour une ulcération ; mais il arrive là ce qui survient pour les aphthes : ce sont les tissus voisins qui se gonflent, et non le siége du mal qui se déprime. Autour de cette papule, le tissu sous-conjonctival se boursouffle et donne à la tache l'aspect que nous venons de signaler.

Sous le rapport de leur siége, ces papules n'ont pas été mieux étudiées ; il a été mal déterminé. Les uns ont voulu qu'elles se montrassent toujours à l'union de la cornée avec la sclérotique ; d'autres, sur la conjonctive seulement. L'observation démontre qu'on les trouve tantôt sur la conjonctive seule, tantôt sur la cornée, et d'autres fois à cheval sur la conjonctive et la cornée en même temps. Nous l'avons vu sur la cornée chez un homme qui en présentait quatre fort distinctes.

De cette papule on a voulu faire le signe de l'ophthalmie scrofuleuse. Les élèves de l'école de Beer, l'école allemande que les Allemands eux-même renient, soutiennent qu'elle constitue le caractère positif de cette ophthalmie dite scrofuleuse.

Est-il besoin de réfuter cette opinion ? Cette jeune fille qui nous sert précisément d'exemple en ce moment pour étudier cette maladie, n'est nullement scrofuleuse, et nous avons vu cette papule sur les yeux d'individus musculeux, nerveux, bilieux, de toutes les constitutions.

D'ailleurs, il n'est nullement besoin de recourir au tempérament du sujet pour expliquer cette papule ; elle se développe le plus souvent à l'angle interne ou externe de l'œil, de préférence sur la sclérotique, et on voit en cet endroit un point plus épais que les autres, une sorte de nœud, de bosse, qui existe naturellement, et qui, chez certains individus, est visible au point que nous avons été consulté plusieurs fois par des gens qui pensaient avoir une maladie dans l'œil parce que, par hasard, ils avaient aperçu cette petite éminence : c'est ce point qui, le plus souvent, devient le siége de la papule.

La conjonctivite partielle, papuleuse, ne se comporte pas de la même manière que la conjonctivite générale ; très-souvent d'abord elle reste partielle, quelquefois cependant elle gagne peu à peu la conjonctive tout entière. Elle dure ordinairement de huit, dix à quinze jours, mais souvent elle est tenace et beaucoup plus rebelle que la conjonctivite générale.

La solution de nitrate d'argent ne réussit pas très-vite dans cette variété ; la cautérisation directe de la papule avec le crayon de nitrate d'argent produit de bien meilleurs résultats. Une fois la papule convenablement touchée avec le caustique, le plus souvent la maladie s'arrête et la résolution commence.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, la conjonctivite partielle devient parfois générale. La jeune fille que nous citions tout à l'heure en offre un exemple. Cette malade a été traitée de trois manières différentes. On a d'abord employé la solution d'azotate d'argent, puis la cautérisation directe ; mais l'indocilité du sujet n'a pas permis que cette cautérisation eût le succès qu'on en devait attendre. La conjonctivite a marché et s'est généralisée bientôt ; aujourd'hui on restera dans l'expectation ; demain, si l'inflammation a augmenté, on aura de nouveau recours au nitrate d'argent.

En définitive, ce que nous avons établi à l'égard de la conjonctivite papuleuse s'applique à toutes les conjonctivites partielles ; car lorsqu'une plaque de la conjonctive s'enflamme, la papule ne tarde pas à apparaître. On peut donc s'en tenir à ces deux divisions : conjonctivite générale, conjonctivite partielle.

Conjonctivite purulente. — Nous avons insisté assez longtemps sur la description des conjonctivites purulentes pour faire comprendre tout ce qu'avaient de redoutable ces sortes d'inflammations, et l'on a dû en conclure nécessairement qu'en face d'une maladie aussi grave, compromettant les fonctions de l'organe dans un temps souvent si court, le traitement devait être actif, énergique.

Les moyens à opposer aux conjonctivites purulentes sont, comme toujours, de deux sortes : des moyens généraux et locaux.

La médication générale se compose des moyens les plus actifs qu'elle puisse fournir et employés d'une manière violente ; c'est ainsi que la saignée, par exemple, a été mise en usage dans cette affection d'une façon tout à fait inaccoutumée. S'il faut en croire quelques médecins anglais, ils auraient fait vingt saignées dans des cas de conjonctivite purulente. Nous avouons avoir peine à croire et à comprendre, cependant, malgré l'autorité des noms, comment l'un d'eux a pu tirer à un malade jusqu'à *quarante livres* de sang pendant la durée de la maladie.

Du reste, ce mode d'usage de la saignée a pu permettre d'apprécier le remède, et ceux qui s'en sont servis de cette manière n'en avouent pas moins que les malades perdent encore la vue. La saignée ne peut donc être regardée que comme un remède accessoire, bon sans doute, mais qui n'atteint pas la phlegmasie purulente et ne peut par conséquent passer pour le moyen principal à employer contre la maladie qui nous occupe.

Il en est de même des sangsues appliquées aux tempes, aux orbites, aux oreilles ; il en est de même des purgatifs ; tous ces moyens n'attaquent pas le principe virulent ; ils peuvent être utiles comme adjuvants ; c'est leur seul rôle.

On a vanté encore comme médication spéciale le calomel administré à hautes doses. Nous avouons ne l'avoir pas employé, ce qu'en disent ses partisans mêmes ne prouvant pas qu'il soit fort efficace ; d'ailleurs nous l'avons prescrit dans les conjonctivites proprement dites, et le peu de résultats que nous en avons obtenus ne nous a pas engagé à l'essayer dans les phlegmasies purulentes.

Nous ne nous arrêterons pas davantage sur l'emploi de la térébenthine, du camphre, du colchique, etc.

En résumé, les médications générales ne suffisent pas dans les conjonctivites purulentes, et nous comprenons ici toutes les espèces de conjonctivites, des nouveau-nés, des armées, d'Egypte ; il n'y a guère que la conjonctivite blennorrhagique qui se

laisse influencer par l'emploi des balsamiques.

Convaincus de l'inefficacité des moyens généraux, les praticiens ont essayé alors les remèdes locaux sous toutes les formes et à toutes les doses, des collyres de toute espèce ont été prescrits, et tous ces moyens n'empêchaient pas le plus souvent le malade de perdre les yeux; et alors, on en est venu à cautériser directement la conjonctive enflammée, et l'on a même inventé des instruments propres à remplir ce but.

Sanson imagina un anneau porte-caustique assez large pour que la cornée ne fût point atteinte par la cautérisation; il associait à ce moyen l'excision de la conjonctive, déjà conseillée avant lui.

Ces cautérisations ne réussirent encore qu'exceptionnellement. Plus de malades perdirent la vue, qu'il n'y en eut qui la conservèrent. Il fallait donc continuer à chercher.

Ne pouvant compter sur la médication générale, on essaya, disions-nous, des topiques de toutes sortes; mais il est évident que contre une affection aussi redoutable, aussi prompte, il est une infinité de préparations employées contre les autres maladies de l'œil dont l'action est beaucoup trop faible, et qui ne peuvent mériter aucune confiance. Ainsi toutes les pommades et tous les collyres ordinaires sont, on le comprend, complétement insuffisants contre les conjonctivites purulentes. On peut dire que toutes les solutions employées aux doses propres à guérir les autres affections des yeux, ne servent absolument à rien ici. Ce qu'il faut, c'est un remède très-énergique par la dose ou la substance, peu importe.

On a encore beaucoup vanté les larges onctions mercurielles associées aux sangsues; on a prétendu arrêter le mal par ces moyens: c'est une erreur, et une erreur dangereuse; car pendant que cette médication est mise en usage, les yeux se perdent; il est trop tard pour y substituer des remèdes plus efficaces.

Qu'on y réfléchisse, rien n'est léger ici, il ne s'agit point d'une de ces ophthalmies qui guériront toujours tôt ou tard, qui guériront avec le remède, malgré le remède, ou sans y rien faire absolument. Dans les conjonctivites purulentes, quand du premier moment on n'emploie pas le moyen qui convient, l'œil est perdu. C'est dans cette sorte de cas que l'expérience des praticiens est utile, que l'ignorance est impardonnable.

Nous avons vanté nous-même autrefois un remède que nous avons reconnu insuffisant, mais qui a été utile pourtant dans quelques circonstances. Il consiste dans un mélange de calomel et d'eau de guimauve à la dose de 4 grammes pour 120 de liquide mucilagineux. Nous l'avons employé à l'hôpital des Cliniques; on devait secouer la fiole chaque fois qu'on voulait s'en servir, et il fallait en introduire dans l'œil; nous avons vu plusieurs ophthalmies blennorrhagiques arrêtées par ce moyen; mais d'autres ont continué leur marche.

Nous avons porté le calomel en poudre dans l'œil; c'est encore un remède qui nous a paru utile, mais qui ne guérit pas toujours, avec lequel la sécurité n'est pas suffisante.

Le sublimé a été employé par plusieurs médecins à la dose de 1 à 2 décigrammes pour 30 grammes d'eau; comme il est très-soluble, son emploi est plus facile que celui du calomel; mais c'est un moyen qui exige de grandes précautions, et son énergie, comme résolutif, ne nous a pas paru d'ailleurs plus grande que celle du calomel. Malgré lui, la maladie a marché quelquefois.

Il ne reste guère après ces différents remèdes que le nitrate d'argent qui puisse exercer une certaine influence sur ces conjonctivites, puisque nous avons fait pressentir déjà que l'excision de la conjonctive était insuffisante. Avant de parler de l'action du nitrate d'argent sur les conjonctivites purulentes, si nous examinons les raisons qui doivent faire rejeter l'excision, nous en trouvons plusieurs. La première, c'est qu'il est très-difficile, pour ne pas dire impossible, de pratiquer cette excision dans tous les points où la membrane devrait être enlevée; le boursouflement des paupières, l'état de l'œil dans cette inflammation rendent compte de cette difficulté. Une seconde raison, c'est qu'en supposant qu'on parvînt à exciser suffisamment, cela n'empêcherait nullement le reste de la conjonctive de continuer à être le siége de l'inflammation; la cornée pourrait donc se prendre et l'œil être perdu, malgré l'opération. Enfin, une dernière raison consiste en ce que par l'excision on ne détruit pas la virulence, ce principe qui fait la gravité de l'affection. Nous pourrions ajouter encore que l'excision peut laisser de la difformité à sa suite, et que d'ailleurs l'expérience a prouvé qu'elle ne réussissait que rarement.

Pour revenir à l'emploi du nitrate d'argent, une foule de praticiens aujourd'hui sont d'accord sur les services que cet agent peut rendre dans les conjonctivites purulentes, à la condition d'être employé à une dose élevée. En Irlande, en Ecosse, en Angleterre, MM. Hirglans, Kenedy, etc.; dans le nord, M. Florian, de Saint-Pétersbourg, s'en sont servis avec succès. Le dernier de ces médecins l'a employé dans plusieurs centaines de cas; il est enthousiaste de ce moyen, et déclare que toutes les fois qu'il a pu s'en servir à temps, les malades s'en sont admirablement trouvés.

En Angleterre et en Belgique, beaucoup de praticiens pensent de même.

Pour nous, qui l'employons en France depuis une douzaine d'années, nous n'hésitons pas à dire que jusqu'à présent nous ne connaissons aucun remède qui vaille mieux. Certainement ce n'est pas un moyen infaillible; mais de tous ceux que nous possédons, celui-là doit être considéré, selon nous, comme le meilleur.

Les doses auxquelles on l'emploie varient suivant les pays et les praticiens. Ainsi, les Anglais s'en servent à 8 ou 10 grammes pour 30 grammes d'eau; M. Florian n'a pas bien précisé, et c'est là un reproche qu'on peut lui adresser, les quantités dont il fait usage. Quelques praticiens usent du nitrate d'argent en crayon tel qu'on le trouve dans les trousses.

Il faut avouer qu'au premier abord, l'usage du nitrate d'argent tel que nous le décrivons a quelque chose d'effrayant. Quand on sait qu'il faut si peu

toucher la cornée dans l'état sain pour y déterminer une tache opaque, on en vient à redouter un moyen aussi énergique et à craindre de faire perdre les yeux aux malades par l'application seule du remède. Aussi quelques praticiens, distingués d'ailleurs, ont-ils émis cette opinion, qu'un pareil traitement devait nécessairement amener la perte de la vue. Il y a un an environ, un médecin, M. Delasiauve a fait quelques expériences à propos de quatre faits recueillis dans le service de M. Trousseau et dans le nôtre, et qui avaient été publiés, desquelles expériences il semblerait résulter que le nitrate d'argent employé aux doses ci-dessus indiquées doit aveugler nécessairement. Ce médecin a instillé dans les yeux de lapins une solution à 4 ou 5 grammes pour 25 à 30 grammes d'eau; et ces animaux ont perdu la vue. Comme M. Trousseau, n'ayant pas réussi dans certains cas, avait conclu que le moyen avait été employé trop tard, M. Delasiauve avait pensé, lui, que l'insuccès devait être attribué au remède.

Mais aujourd'hui les expériences sur l'homme démontrent précisément le contraire; nous avons ici un exemple frappant de l'influence du nitrate à haute dose sur l'ophthalmie purulente. La jeune fille arrivée ces jours-ci avec une conjonctivite purulente bornée à un seul œil, est cautérisée avec le crayon d'abord, puis mise à l'usage de la solution à un demi-gramme. Il y a du mieux. En douze heures l'autre œil se prend et arrive à un état des plus alarmants. On fait usage de la solution d'abord; le mal marche; on cautérise largement le soir, et le lendemain matin le mal paraissait arrêté.

En règle générale, il ne faut pas être timide dans des cas semblables; nous y insistons parce que nous comprenons parfaitement l'hésitation des praticiens qui ne sont pas encore au courant de cette médication, puisque nous-même nous hésitons encore quelquefois, tant cela a quelque chose d'effrayant. Et ce qui fait que nous hésitons, c'est que dans quelques circonstances où nous avons employé le nitrate d'argent à la dose de quatre à cinq grammes du premier coup, nous avons vu la cornée se fondre en un point; une onglée blanche, opaque se montrait et laissait une large ulcération; de là un embarras. Etait-ce le résultat de la maladie? Etait-ce la conséquence de l'emploi de ce médicament? Ne se pourrait-il pas que le nitrate stagnant sur un point de la cornée y déterminât cette ulcération? D'un autre côté, sans aucun doute, la maladie seule peut la produire. Cette question est restée douteuse pour nous, et ce doute est la source de l'hésitation où nous sommes parfois. Aussi, il faut se faire une loi de marcher progressivement. Pour cette jeune fille que nous citions, si la maladie a fait des progrès, évidemment c'est que le médicament était employé à une dose trop faible.

Donc, il résulte de tout ceci que le nitrate d'argent est, de tous les topiques, le plus efficace, à la condition d'être employé à haute dose et d'une certaine manière. Nous voulons dire, par une certaine manière, qu'il faut de l'attention, de l'habitude pour manier ce médicament. Il ne suffit pas de le placer dans l'œil au hasard pour ainsi dire; toute la surface malade doit en être touchée avec soin, et seulement la surface malade; il est nécessaire que la solution pénètre dans les rainures oculo-palpébrales.

Quelques praticiens prétendent que toutes ces petites conditions, tous ces petits soins sont inutiles; que tout cela ne fait rien; qu'il suffit de mettre de la solution dans les yeux; nous ne sommes pas de cet avis; nous croyons, pour notre compte, que ces précautions sont pour beaucoup dans le succès.

Dirons-nous qu'il convient d'employer le médicament à des doses différentes selon l'époque et l'intensité de la maladie, d'en faire usage plus ou moins de fois en vingt-quatre heures, par exemple, par rapport aux mêmes conditions. Il est inutile d'y insister. Nous ajouterons seulement que si la maladie est très-intense, il vaut mieux cautériser avec le crayon que d'employer le collyre. On tâchera alors de renverser les paupières pour atteindre partout, en évitant avec soin la cornée, que, du reste, la matière purulente protége toujours un peu. Si les paupières ne peuvent être renversées, alors on se servira de la solution, mais on l'emploiera avec toutes les précautions indiquées. Enfin, si les paupières ne pouvaient être écartées, on se servirait alors d'une petite seringue en verre à siphon mousse, pour faire parvenir le liquide dans tous les points qu'on ne peut atteindre par d'autres moyens.

Quand on aura employé la solution, nous recommandons de revoir le malade dans la journée même, afin que si la purulence continue toujours à faire des progrès, on cautérise sans plus attendre avec le nitrate d'argent solide. La cautérisation pratiquée deux fois, on n'y a plus recours; on prescrit alors la solution à la dose convenable. Cette dose est, dans le commencement, d'un gramme et plus dès le premier jour. Si le lendemain la purulence est moindre, on peut diminuer la dose; si l'on est resté à un gramme, on continue; les jours suivants, la maladie étant arrêtée, on redescend à deux, un décigramme, cinq centigrammes, pour trente grammes.

Tels sont, suivant nous, les règles qui doivent présider à l'emploi de l'azotate d'argent dans les conjonctivites purulentes; mais qu'on se rappelle que tout en insistant sur ce moyen que nous regardons comme le principal, il ne faut pas négliger certains autres qui peuvent être fort utiles; car il ne faut pas penser que toutes les conjonctivites purulentes guériront par le nitrate d'argent. Le sujet est-il jeune, robuste, la saignée et les sangsues seront prescrites; si l'ophthalmie est blennorrhagique, on associera au traitement le copahu, le cubèbe. Si le malade n'est pas très-vigoureux, on appliquera des ventouses sèches, scarifiées. Les paupières sont-elles très-rouges, on les graissera d'onguent mercuriel. On pourra encore, toutes les fois que la conjonctivite purulente ne sera pas blennorrhagique, administrer les purgatifs énergiques, l'huile de croton-tiglium, la coloquinte, etc.

Chez la femme dont nous avons parlé, on a prescrit les balsamiques, l'existence d'une blennorrhagie étant soupçonnée.

Avant de terminer complétement ce que nous avons à dire des conjonctivites, et de passer à un autre ordre des maladies des yeux, il n'est pas sans intérêt d'examiner quel a été le résultat du traitement employé chez les deux malades dont nous venons de parler. La malade affectée d'ophthalmie purulente peut être considérée comme hors de tout danger. La conjonctivite générale dont était atteinte l'autre malade est aussi en voie de guérison ; l'œil gauche est déjà complétement guéri ; le droit blanchit de plus en plus chaque jour.

Il est une remarque que nous avons oublié de faire à propos des conjonctivites : c'est un fait singulier, qu'il nous a été donné de vérifier bien des fois déjà. Il s'agit de la manière dont disparaissent, dans ces maladies, la rougeur et le gonflement de la conjonctive. D'ordinaire, la disparition de ces symptômes suit la marche que nous allons indiquer. La rougeur et le gonflemment abandonnent d'abord la moitié supérieure, puis la moitié inférieure ; l'angle oculaire externe blanchit ensuite, et l'angle interne est le dernier point que quitte la maladie.

Si l'on soulève la paupière supérieure en faisant regarder le malade en bas, quand la résolution commence, on peut s'assurer que la portion de conjonctive recouverte par cette paupière est déjà blanche, alors que l'œil, regardé en face et dans ses rapports ordinaires, est encore d'un rouge intense ; par une manœuvre inverse, l'on peut vérifier le même fait pour la portion de membrane cachée par la paupière inférieure.

En recherchant l'explication de cette marche presque constante de la décroissance successive dans le gonflement et dans la rougeur, il nous a toujours semblé qu'on ne pouvait la trouver que dans la pression mécanique à laquelle les différentes régions de l'œil étaient soumises. Ainsi, il est évident que de toutes les parties de cet organe, la portion la mieux comprimée est précisement celle que recouvre la paupière supérieure. Cette paupière s'applique, en effet, très-exactement sur le haut du globe oculaire, et favorise, sans aucun doute, la résolution commençante par la pression douce et uniforme qu'elle exerce sur la région sous-jacente. De plus, cette partie de l'œil est le point le plus élevé de cet organe. La paupière inférieure presse, elle aussi, sur la région inférieure ; mais il est facile de voir que cette compression est infiniment moins exacte : d'ailleurs la conjonctive, cachée sous cette paupière, est le point le plus déclive de l'œil.

Quant aux angles, ils sont soustraits à ces pressions.

Chez notre dernier malade, on a pu aisément vérifier ces faits. Regardé de face, il ne semblait pas encore que l'œil marchât vers la guérison, quand déjà toute la partie supérieure était parfaitement blanche, ainsi qu'on s'en assurait en soulevant la paupière.

Kératite.

Les inflammations de la cornée, auxquelles on a donné le nom de *kératites*, constituent une catégorie très-importante des maladies des yeux. Elle est très-importante, non-seulement parce que ses affections sont très-fréquentes, mais encore parce qu'elles sont graves et que la thérapeutique en est compliquée.

Les inflammations de la cornée sont fréquentes, disons-nous. En effet, si l'on consulte les statistiques, on voit qu'elles forment à peu près la moitié des ophthalmies, tant aiguës que chroniques. Personne n'ignore qu'un grand nombre d'individus ayant eu des inflammations des yeux conservent des taches indiquant l'existence antécédente de kératite.

Pour nous, dans les résumés que nous faisons chaque année des différents malades entrés à l'hôpital, nous trouvons toujours les kératites dans une proportion de moitié à peu près pour le nombre général de ceux qui sont affectés de maux d'yeux. Il paraît qu'il en est absolument de même dans les autres pays ; car les relevés de Saunders, de Mackensie, sont d'accord sur ce point avec les nôtres.

Les inflammations de la cornée sont graves ; car, d'une manière générale, ce sont des maladies qui compromettent la fonction, qui la compromettent beaucoup plus que les conjonctivites purulentes. Pour peu qu'on y songe, cela n'est pas fort difficile à comprendre. Quand un malade est guéri d'une conjonctivite, il ne reste rien du mal ; l'œil est tout à fait dans le même état où il se trouvait avant que la maladie s'en emparât ; mais en guérissant d'une kératite, il s'en faut beaucoup qu'il en soit toujours ainsi ; très-souvent l'affection a laissé des suites fâcheuses. Ainsi, tantôt il a eu une ulcération, tantôt de la suffusion dans le tissu, et des taches persistent après la guérison, d'où divers troubles dans la fonction.

Enfin, nous dirons que leur étude est importante parce que leur thérapeutique est compliquée. Nous verrons qu'en effet nous n'avons point contre ces phlegmasies de remèdes aussi efficaces que ceux appliqués contre les conjonctivites.

Malgré leur fréquence, les inflammations de la cornée n'ont été classées définitivement et n'ont reçu un nom que depuis une vingtaine d'années à peu près. Avant cette époque, elles étaient englobées sous le nom général d'ophthalmies ou d'ulcères. A. Paré, Guillemot, St-Yves, Maître Jan, parlent d'ulcères de la cornée ; mais dans ces temps on confondait toutes les inflammations de l'œil ; on n'avait point encore appris à distinguer les phlegmasies selon les tissus où elles se développaient, et cette confusion ne régnait pas seulement pour les maladies des yeux, mais l'inflammation des viscères eux-mêmes n'était pas encore différenciée de la phlegmasie des membranes. La méningite, la pleurésie, la péritonite, se confondaient avec l'encéphalite, la pneumonie, l'entérite. Ce fut Bichat qui, réformant la science par sa base, limita nettement, en médecine, les affections selon les tissus qu'elles occupaient ; mais la chirurgie n'était pas encore avancée à ce point. Pour les maladies des yeux, les oculistes ne s'occupaient pas des tissus. Depuis vingt ans cependant les études ont marché dans cette voie, et il est agréable de pouvoir dire que c'est en France qu'on a commencé à séparer des phlegmasies qui, jusque-là, avaient été confondues.

M. Mirault, d'Angers, publia vers 1820, dans les

Archives de Médecine un bon travail sur la kératite.

Ces inflammations se présentent sous des formes variées.

D'abord est-il besoin de dire qu'elles doivent être classées en inflammations aiguës et chroniques : c'est là une division commune à toutes les phlegmasies. Il faut ajouter qu'elles peuvent débuter tantôt par un point de la membrane, tantôt par un autre ; que dans certains cas elles envahissent la lame externe de la cornée ; dans d'autres, la lame interne ; d'autres fois, le tissu interstitiel.

Mais, avant d'aller plus loin, il est nécessaire d'appeler l'attention sur deux malades intéressants dont nous reparlerons, et que nous devons signaler avant leur départ de l'hôpital.

Le premier est couché au n° 9 ; c'est un exemple curieux de kératite qu'on nomme interstitielle. L'œil est à peine rouge ; il n'existe presque pas de réaction générale ; la cornée semble se brouiller par ses lames intermédiaires : la surface en est régulière, polie, mais on distingue dans son épaisseur une espèce d'anneau vague, blanchâtre, qui s'étale, se fond, se dessine mal. Cependant la cornée est prise de telle façon que le malade est presque aveugle. Les signes que nous venons de décrire se voyaient sur l'œil droit. A l'entrée du sujet dans la salle, ils se sont montrés sur l'œil gauche depuis son arrivée à l'hôpital. Cette maladie n'a point été précédée par une phlegmasie de la surface de la cornée ; aucune trace de la conjonctivite ne s'est montrée avant elle ; c'est un exemple de kératite débutant par les lames moyennes de la cornée.

Le second malade est couché au n° 34. Celui-ci présente une inflammation de la cornée compliquée d'ulcères et d'un peu de blépharite ; nous aurons occasion d'y revenir.

Des deux grandes espèces indiquées, la kératite aiguë et la kératite chronique, la première est la plus fréquente ; elle peut débuter par les trois plans que nous avons désignés, et se diviser elle-même en deux variétés.

1° La kératite diffuse, ou sans ulcération.

2° La kératite ulcéreuse ou avec ulcération.

La kératite diffuse est moins fréquente que l'autre, mais elle commence par les lames externe ou interne, ou moyenne.

La kératite ulcéreuse occupe les lames antérieures.

Les caractères locaux de la kératite diffuse sont les suivants : d'abord une rougeur toute particulière ; et disons en passant que la rougeur a de l'importance dans les maladies des yeux, et qu'il est nécessaire de s'habituer à en bien distinguer les diverses nuances. La rougeur des inflammations diffuses de la cornée, quand elles sont générales, se présente autour de cette membrane sous l'aspect d'une infinité de petits rayons rouges qui forment un anneau radié du côté de la sclérotique ; tous ces rayons se terminent par conséquent sur la grande circonférence de la cornée.

Cette sorte de rougeur se différencie avec beaucoup de facilité de celle qu'on observe dans la conjonctivite. Dans la kératite diffuse, elle augmente d'autant plus qu'on l'examine plus près de la cornée ; dans la conjonctivite, au contraire, elle augmente d'autant plus qu'on s'en éloigne.

Un autre caractère non moins aisé à constater que le précédent, consiste dans la manière dont sont rangés les vaisseaux qui donnent à l'œil sa coloration morbide. Dans la kératite, l'anneau rouge est représenté par une série de petits vaisseaux presque droits, parallèles, tandis que dans la conjonctivite, la rougeur est formée par un réseau de vaisseaux qui s'intriquent, se contournent et sont, comme nous l'avons dit, arborescents.

Ajoutons qu'on peut parfaitement encore s'assurer de la différence du siége de l'anneau qui caractérise la kératite, et de la rougeur de la conjonctivite. Outre que dans la kératite, les vaisseaux sont fins, droits, parallèles, ils ne changent pas de place par le mouvement qu'on voudrait leur imprimer ; ils ne roulent pas, tandis que le réseau de la conjonctivite est mobile, se déplace ; on voit qu'il siége dans une membrane mobile sur la coque de l'œil.

Quant à la nuance de la rougeur, elle est différente aussi dans les deux affections. Dans la conjonctivite, c'est un rouge-violacé, briqueté, vineux ; cette rougeur, en un mot, a une apparence veineuse. Dans la kératite, la rougeur se rapproche du vermillon, du rose ; c'est une rougeur artérielle.

Ces caractères matériels sont sans doute assez tranchés déjà entre la kératite et la conjonctivite, pour qu'il ne soit guère possible de les confondre ; mais il est nécessaire aussi de distinguer la kératite d'une autre maladie, l'iritis, qui présente quelques-uns des signes que nous venons de décrire.

Voici donc d'autres caractères qui n'appartiennent qu'à la kératite.

Dans le principe, quand l'inflammation commence dans la kératite aiguë, la cornée revêt promptement une teinte qui n'est pas naturelle. Elle devient bientôt verdâtre, vert d'eau ; c'est une coloration très-légère ; c'est fort peu de chose ; cependant on s'aperçoit que cette membrane n'a plus sa couleur normale.

Un peu plus tard, la cornée se brouille ; il se forme une sorte de nuage qui vient voiler sa transparence habituelle ; ce n'est point encore fort apparent ; cela ressemble à ce que l'on voit sur une glace, sur un marbre sur lesquels on vient à l'instant de poser le doigt.

Plus tard encore, la suffusion commence, la transparence se perd ; on aperçoit quelque chose de gris, de blanchâtre, dans l'épaisseur de la membrane.

Bientôt survient la perturbation fonctionnelle, la vision est atteinte ; nous avons insisté sur ce point, que dans la conjonctivite la vision ne souffre pas. Dans la kératite, dès le commencement la vue est un peu troublée.

D'autres symptômes se montrent encore : une douleur se fait sentir autour de l'orbite plutôt que dans l'œil lui-même ; le malade n'éprouve aucune des sensations de gravier, de corps étranger, comme cela a lieu dans la conjonctivite. Il n'existe non plus aucune démangeaison ; cette douleur est sourde, obtuse, vague, fatigante.

Il existe aussi un certain degré de photophobie plus considérable que dans la conjonctivite, mais

moins intense dans la kératite diffuse dont nous parlons, que dans la kératite ulcéreuse.

Il en est de même pour l'épiphora, car ces deux symptômes marchent ordinairement l'un avec l'autre : il semble que ce soit l'un qui amène l'autre.

En résumé, la kératite générale diffuse se caractérise par l'anneau rouge de vaisseaux parallèles situés dans le tissu sclérotical, l'obscurcissement de la cornée, le trouble de la vision, la douleur ; enfin la photophobie et l'épiphora modérés.

Des différentes ulcérations de la cornée. De l'ophthalmie dite scrofuleuse. De la photophobie et de l'épiphora considérés dans leurs rapports avec les ulcères de la cornée.

Nous avons décrit avec soin les caractères de la kératite diffuse ; il nous reste à dire quelques mots pour compléter son diagnostic, puis nous parlerons de la kératite ulcéreuse.

La kératite diffuse peut occuper les différents plans de la cornée ; et, selon qu'elle siége dans les lames externes, moyennes ou profondes de la membrane, elle doit offrir quelques modifications symptomatologiques.

Quand l'inflammation est superficielle, elle se présente avec tous les caractères que nous avons décrits, et sur lesquels nous ne reviendrons pas. Lorsqu'elle occupe les lames moyennes de la cornée (kératite interstitielle), l'œil paraît déjà au malade recouvert d'un nuage, alors qu'on ne distingue rien encore ; la rougeur siége dans l'épaisseur des tissus ; on voit que la suffusion occupe l'intérieur de la membrane ; la circonférence de la cornée prend une teinte opaline qui masque légèrement l'anneau radié signalé plus haut. Une zône, ou terne, ou lactée, ou jaunâtre, et quelquefois comme purulente, sépare de la portion encore diaphane de l'œil les radiures antérieures de cet anneau vasculaire. Quand l'inflammation de la cornée débutera par les lames profondes, la rougeur et la vascularisation ne subissent pas de changements ; mais dans cette espèce, la conjonctive est presque toujours intacte ; l'anneau rouge présente une teinte vermillon très-vif, et assez souvent ne s'étale pas sur le limbe de la cornée. Enfin, on doit ajouter que le trouble de l'humeur aqueuse, le dépôt d'une matière blanchâtre ou jaunâtre entre la cornée et l'iris, un certain degré de réaction sur cette dernière membrane, complètent à peu près les caractères de la kératite profonde.

Ces trois nuances de l'inflammation de la cornée déterminent dans l'œil des troubles, des nuages, qu'il n'est pas plus difficile de distinguer que les taches indélébiles de cette même membrane. Tous les praticiens savent reconnaître trois espèces de taches de la cornée : celles qui occupent les lames superficielles, ou moyennes, ou profondes ; il en est de même des troubles qu'apportent les kératites superficielles, interstitielles ou profondes, dans la transparence des différents plans dont l'inflammation s'empare.

Dans la kératite ulcéreuse, l'ulcère est tantôt la cause de la phlegmasie, le début de la maladie, tantôt et le plus souvent il n'en est que l'effet, la conséquence. L'ulcère peut être considéré comme le point de départ de la maladie toutes les fois, par exemple, que la kératite survient par suite de l'introduction d'un corps étranger dans l'œil ; il n'en est que la conséquence, au contraire, quand l'inflammation, sous l'influence d'une cause quelconque autre que celle-là, vient à se développer dans la cornée et amène à sa suite une ou plusieurs ulcérations.

Autrefois les ulcères de la cornée étaient décrits indépendamment de la kératite, ils étaient considérés comme une maladie à part, on en reconnaissait un nombre infini de variétés qui ne sont pas nécessaires à conserver. On était tombé dans l'inconvénient de trop multiplier les espèces, inconvénient qui n'est pas moindre que celui de n'en pas admettre un nombre suffisant.

En définitive, les ulcères de la cornée peuvent être divisés en cinq catégories principales, ce sont :

1° L'ulcère qui peut débuter de prime abord sous la forme d'une petite phlyctène ou d'une petite cupule, ou plutôt l'ulcération débute ordinairement par une phlyctène, mais elle a très-peu d'étendue ; comme les tissus conservent leur transparence, elle échappe à la vue le plus souvent. La cupule (*bothrion* des anciens) se présente sous l'aspect d'une demi-sphère régulière, bien limitée, circonscrite et conservant ses caractères jusqu'à la fin. Presque toujours elle occupe le centre de la cornée ou du moins la portion transparente de cette membrane ; elle s'accompagne de cuisson et de larmoiement. Cette variété s'observe chez les adultes et les individus d'une constitution sèche.

2° L'ulcère serpigineux est une variété qui rampe pour ainsi dire à la surface de la cornée. Le n° 8 de la salle des femmes en offre un exemple. C'est l'*épicauma* des anciens. La couche superficielle est écorchée dans cette espèce, la surface de la cornée est chagrinée, semble rugueuse ; elle présente des facettes qui donnent l'idée d'un cristal taillé ; mais il faut pour cela que la maladie dure déjà depuis longtemps. Ordinairement cette espèce d'ulcération commence par les bords. Les différences entre l'*épicauma* et le *bothrion* sont facilement appréciables. Le dernier naît sous forme d'un petit creux bien circonscrit, parfaitement limité ; l'*épicauma*, au contraire, revêt la forme d'une plaque inégale, rugueuse, s'avançant de la circonférence au centre comme pour envahir toute l'étendue de la cornée.

3° Les ulcères lymphatiques ou plastiques commencent par de petits points blancs, ils apparaissent avec les caractères de dépôts de lymphe plastique. de pus dans la cornée ; ces points blancs occupent un espace très-petit ; assez souvent on en voit trois, quatre ou cinq gros comme des piqûres d'épingle : cela n'a jamais lieu pour le bothrion ou pour l'épicauma. Ces ulcères ont une marche qui leur est propre ; ils occupent tantôt la couche superficielle et tantôt la couche profonde de la membrane ; dans le premier cas, lorsque le petit dépôt vient à s'ouvrir, il leur succède une ulcération grisâtre et une cicatrice opaque ; dans le second, ce sont des ulcères dangereux, car il peut arriver qu'ils s'ouvrent en dedans.

4° Les ulcères que nous avons nommés en *coup d'ongle*, *en arcade*, noms auxquels nous tenons

peu, mais dont nous nous servons en attendant qu'on en ait trouvé un plus approprié. Ceux-ci ont des caractères tout à fait spéciaux, et ils sont de tous les plus dangereux. A peu près constamment situés à la circonférence de la cornée, ils s'offrent sous la forme d'une demi-lune de trois, quatre, cinq, six, dix millimètres d'étendue, et peuvent en parcourir toute la circonférence; dans cette variété, la substance de la cornée se creuse; il semble qu'une portion en ait été enlevée avec l'ongle. Cet ulcère est ordinairement le siége d'une douleur brûlante; il s'accompagne de tous les symptômes d'une kératite et d'une conjonctivite intense; c'est-à-dire que la photophobie, l'épiphora, la douleur, la cuisson sont le plus souvent considérables.

5° Le néphélion, qui appartient à la couche superficielle de la cornée, qu'on peut admettre si l'on veut comme cinquième variété, ou qu'on peut sans inconvénient faire rentrer dans la variété d'ulcères plastiques. Avec une loupe, on voit que cette espèce est caractérisée par des points blancs et veloutés; c'est à elle qu'on a donné le nom de nubécule.

Telles sont les diverses variétés envisagées seulement sous le point de vue matériel et dégagées des considérations nombreuses auxquelles elles pourraient donner naissance, et dans lesquelles nous entrerons en temps et lieu.

Il était nécessaire de connaître ces différents résultats de la kératite, puisque c'est par eux surtout que nous allons pouvoir expliquer les perturbations fonctionnelles de l'œil dans cette inflammation. Nous avons longuement insisté sur ce point, que la vue, dans le commencement même de la kératite, était déjà troublée manifestement; tandis que la conjonctivite franche, au contraire, quelque intense qu'elle puisse être, n'amenait dans l'exercice de la vision que des modifications fort légères. Le développement des ulcères de la cornée donne l'explication de ce fait; car la kératite ne peut durer que fort peu de temps sans que bientôt les ulcères ne se développent et que la vue par conséquent ne soit troublée.

La kératite, avons-nous dit, est accompagnée de douleur; mais cette douleur, comme les autres symptômes, est différente selon les espèces d'ulcères. Avant l'ulcération, elle est sourde, obtuse, ressentie dans l'orbite; mais celle qui accompagne l'ulcère prend des caractères particuliers selon l'espèce. Dans le néphélion et l'ulcère plastique, elle est modérée tant que la lamelle externe n'est pas déchirée, tant que la phlyctène est intacte. Dès que l'ulcération existe, au contraire, dans les différentes espèces, la photophobie, l'épiphora et la douleur deviennent intenses. Sans doute il est quelques exceptions : en chirurgie et en médecine on trouve des exceptions à toutes les règles; ce qui ne doit pas empêcher de dire que toutes les fois, en général, qu'il y a ulcération, les deux symptômes, photophobie et épiphora, sont portés à un haut degré.

Dans la pathologie oculaire, ces deux phénomènes ont joué un rôle extrêmement important; ils ont été interprétés d'un très-grand nombre de manières.

Pour les élèves de l'école de Beer, la photophobie et l'épiphora sont restés les signes pathognomoniques de l'ophthalmie scrofuleuse. Aussi, partant de ce point, ils ont été conduits à admettre que cette ophthalmie était extrêmement fréquente.

Si nous jugeons, en effet, de ce qui se passe ailleurs par ce que nous observons à la consultation de la Charité, nous parlons seulement de la consultation parce qu'on n'admet à l'hôpital que des sujets au-dessus de quinze ans; si, d'un autre côté, nous admettions le principe précédent, nous serions forcé de conclure que les cinq sixièmes des enfants sont scrofuleux, car presque tous se présentent à nous la main appliquée sur les yeux, fuyant, redoutant la lumière, en un mot avec une photophobie et un épiphora considérables, et la cornée malade, ulcérée. Chez presque tous ces enfants, nous observons ce blépharo-spasme dont on a fait le signe de l'ophthalmie dite scrofuleuse.

Ceci déjà tendrait à prouver que l'inflammation accompagnée de ces deux symptômes n'est pas propre, comme on l'a avancé, aux scrofuleux seuls; d'ailleurs, nous l'avons dit, nous ne croyons pas à la scrofule comme on l'entend, comme maladie spéciale; nous en parlons dans ces leçons ainsi que d'une chose admise, afin de nous faire entendre, parce que c'est une opinion qui aurait besoin de longs développements qui ne seraient point ici en leur lieu.

Mais ce que nous affirmons, c'est qu'on rencontre ces deux caractères chez des individus qui ne présentent rien de scrofuleux; c'est qu'on les rencontre, selon nous, non chez les scrofuleux, mais chez les sujets dont la cornée est ulcérée, et si cela se voit chez les enfants plus fréquemment que chez les adultes, c'est que les enfants plus que les adultes sont exposés à la kératite ulcéreuse.

D'ailleurs les enfants parfaitement constitués, sains, vigoureux, nés de parents également sains et robustes, ne sont pas à l'abri de la photophobie et du larmoiement. Ils contractent aussi la kératite ulcéreuse.

Veut-on une preuve plus concluante de ce que nous avançons? Qu'on examine ce qui se passe quand, par suite d'une violence intérieure, la cornée vient à être écorchée; quand, par exemple, un corps étranger siége dans son tissu, comme une paillette de fer, une petite parcelle de pierre, de paille, etc. Eh bien! il y a de la photophobie et de l'épiphora, du blépharo-spasme, en un mot, tous les caractères que certains oculistes assignent aux ophthalmies scrofuleuses seules.

De ces deux symptômes ont été données successivement plusieurs explications; quelques-uns y ont vu une réaction sur la rétine; car, a-t-on dit, on observe des ulcères de la cornée sans photophobie, et de la photophobie sans ulcération; ce qui est vrai.

D'autres ont expliqué ces symptômes par une réaction sur le cercle ciliaire. MM. Bérard, Tavignot, Kant, ont donné des explications qui se rapprochent.

Nous pensons que ces praticiens se sont fait illusion, il peut y avoir épiphora et photophobie dans l'iritis, la choroïdite; la rétine peut être malade, et l'on ne rencontre point ces symptômes.

Il est vrai, comme nous le disions tout à l'heure, qu'il existe parfois des ulcères sur la cornée sans épiphora et sans photophobie, mais ce n'est jamais qu'à l'époque où l'ulcération s'est transformée

de manière que sa surface est devenue pour ainsi dire une sorte de membrane muqueuse; dans ces cas les deux symptômes manquent.

Mais, en général, pour nous, la raison de la photophobie et du larmoiement, c'est l'ulcère lui-même.

Il nous reste à étudier la marche et le traitement de la kératite, c'est ce que nous ferons la première fois. (*La suite à un prochain numéro.*)

---

11. *Sur l'inflammation de l'uvée;* par le docteur Ammon.

(Ann. de la Chirurg. française et étrang., juin 1844.)

L'uvée, face séreuse postérieure de l'iris, est assez souvent atteinte d'inflammation, à laquelle les modernes donnent le nom d'*uvéite*. Je conserve ce nouveau mot, quoiqu'il soit mal formé. Si je ne me trompe, Simoens, médecin du pays de Bade, a le premier appelé l'attention sur cette maladie si importante, à laquelle cependant on n'attache pas encore l'intérêt qu'elle mérite plus que tant d'autres. Assez commune, elle affecte plus souvent les deux yeux à la fois, qu'un seul de ces organes, et plus souvent aussi les noirs que les bleus et les gris; elle est rare chez les jeunes gens. On la rencontre souvent dans le cas de dyscrasie, soit spontanée, soit spécifique. Sa marche est chronique; elle met l'art du médecin et la patience du malade à une rude épreuve.

D'après mes observations, il y a une uvéite primitive et une uvéite secondaire. De cette différence dépend celle des symptômes. En effet, l'inflammation du parenchyme ou de la face séreuse antérieure de l'iris se transmet aisément à l'uvée; mais parfois aussi l'inflammation se développe primitivement dans celle-ci, et y reste, sans qu'il y ait affection simultanée du parenchyme de l'iris ou de l'hydroméninge. La phlegmasie peut aussi passer de l'uvée à la capsule cristalline, et *vice versa*. Quand elle envahit les deux organes à la fois, c'est une *iridopériphakitis*. Les symptômes varient suivant le siége et l'origine de l'uvéite.

Au début de l'uvéite, le bord pupillaire est plus mince et plus tranchant que dans l'état normal; il est, je dirais, presque dentelé, et un peu tourné en arrière, de sorte qu'il y a entropion de l'iris. Quelquefois le bord pupillaire est tellement teint de pigment, qu'on y voit paraître un cercle noir, ce qui n'est toutefois facile à reconnaître qu'avec la loupe. Le mouvement de la pupille est lent, ou même tout à fait nul. Quelquefois on observe une bande d'un gris argentin foncé au bord de la pupille arrondie. Dans certains cas, la pupille est oblongue, ou irrégulière, avec un bord dentelé. Le non-changement de couleur de la face antérieure de l'iris, à cette période de la maladie, témoigne assez qu'elle n'est point encore attaquée. D'après mes recherches d'anatomie pathologique, cette bande particulière de l'iris provient d'une augmentation et d'une altération de la sécrétion pigmentaire, qui s'étend de l'uvée à la chambre antérieure de l'œil. A ces symptômes s'en joignent d'autres, qu'on aperçoit à la face antérieure de l'œil, surtout dans les yeux noirs. Un cercle bleu, le cercle veineux de l'iris, qui perce à travers la sclérotique, parce qu'il regorge de sang noir, entoure la cornée et l'iris; le cercle pupillaire de cette dernière membrane devient plus épais, et en conséquence fait saillie dans la chambre antérieure; le cercle moyen et le cercle ciliaire disparaissent: à leur place, on découvre des sillons qui s'étendent, en rayonnant, du cercle pupillaire à la sclérotique. Les sillons sont noirs ou d'une teinte obscure; les parties saillantes situées entre eux ont une couleur plus claire, qu'on ne peut cependant pas dire naturelle. L'iris lui-même a une apparence de mort. Tous ces symptômes sont la conséquence d'un accroissement morbide de la sécrétion pigmentaire dans le parenchyme de l'iris, jusqu'auquel s'est propagée l'inflammation de l'uvée.

Souvent aussi on remarque qu'à cause de l'augmentation de la sécrétion pigmentaire dans le parenchyme de l'iris, le cercle moyen de celui-ci s'élève, qu'il fait ainsi saillie dans la chambre antérieure, et qu'il ressemble à une couronne appliquée contre l'iris. Cependant la forme de la pupille ne change pas pour cela. Un pareil gonflement pigmentaire du parenchyme iridien est toujours le signe précis d'une pléthore de l'iris, et précède parfois l'uvéite; cependant je n'en ferai pas un signe pathognomonique de la maladie elle-même. Dans certains cas, le cercle ciliaire de l'iris s'hypertrophie pendant le cours de l'uvéite.

Quand l'inflammation de l'uvée augmente, il s'épanche sur la membrane de la lymphe coagulable. Cette lymphe n'est pas blanche, mais jaune, avec un reflet brun, et on la reconnaît à des élévations sur le bord dentelé de l'uvée. Ces saillies grossissent vers le bord pupillaire, où elles deviennent des espèces de boutons, et sont la plupart du temps immobiles, parce que leur corps reste petit. Quand celui-ci croît en longueur, le tissu entier devient flottant, ce que néanmoins j'ai rarement observé. Une autre forme d'excroissances pupillaires accompagnant l'uvéite, consiste en ce que de petits corpuscules bruns se montrent au bord de l'anneau pupillaire de l'iris: certaines personnes leur donnent le nom de condylômes. La pupille a coutume alors de perdre une partie de ses dimensions et de son mouvement, et l'éclat naturel de l'iris se dissipe. Par les progrès de la maladie, le bord pupillaire noir devient plus large et inégal, l'iris s'épaissit, il perd complétement sa mobilité, et sa couleur subit divers changements.

Dans cet état pathologique, un iris brun prend une teinte jaune-verdâtre, entremêlée de taches brunes anguleuses; un iris bleu, une couleur grise ou de gris-jaunâtre. Si la maladie continue, la pupille se rétrécit peu à peu, et finit par disparaître, à cause, tant de l'épaississement de l'iris et de l'uvée, que de l'accroissement de l'exsudation. Il n'est pas rare qu'on voie apparaître des exsudations séreuses, de forme triangulaire, sur la face antérieure de l'iris, tandis que des tubercules jaunes poussent de l'uvée et se montrent sur le cercle pupillaire. Ils naissent, par une base large, du cercle ciliaire de l'iris, et dirigent leur sommet vers le centre de la capsule: ils ont la forme de ptérygions, ce qui fait que je leur ai donné le nom de ptérygion de l'iris. Ces néoplasmes séreux paraissent en nombre tantôt plus et tantôt moins considérable; cependant je

n'en ai jamais vu plus de huit dans un œil. Leur accroissement est proportionnel à l'intensité et aux progrès de l'inflammation de l'uvée; la capsule cristalline reste alors presque toujours obscurcie, de même que la cornée perd son éclat quand des ptérygions s'étendent sur elle. Près de ces exsudations triangulaires, on aperçoit ordinairement de petites mucosités jaunes; en sorte que la pupille est presque entièrement obstruée par les excroissances. Un iris qui a subi de tels changements offre un aspect tout particulier, qui devrait d'autant plus attirer l'attention des médecins, que la cause en est plus obscure. L'état qui le produit paraît dépendre de la sympathie qui existe entre les deux surfaces de l'iris, en raison de leur structure séreuse. Quant à la différence des fonctions de ces deux surfaces, elle ne subit aucun changement dans l'état pathologique, car la sécrétion de l'humeur aqueuse continue sur l'antérieure, et celle du pigment sur la postérieure.

Le gonflement de l'iris détruit totalement la structure de l'iris. Il n'est pas rare que la résorption amincisse la face antérieure de cette membrane à tel point qu'on serait tenté de croire que les fibres solides de l'iris séparent l'uvée proéminente en plusieurs saillies simulant une grappe de raisin; ces élévations, dirigées vers la cornée, rétrécissent la chambre antérieure. On rencontre parfois cette dégénérescence de l'iris entier vers la fin de l'uvéite, et presque toujours elle trouble la faculté visuelle, si même elle ne l'abolit complétement.

Il n'est pas rare que la capsule du cristallin se trouble pendant l'uvéite. Ce trouble tient à ce que, durant le cours de cette dernière, la capsule cristalline s'enflamme en même temps que l'uvée, ce dont on trouve l'explication dans la connexion intime que le cercle capsulo-ciliaire établit entre la capsule et l'uvée. En pareil cas, l'uvéite mérite bien le nom d'iridopériphakitis. Le trouble de la capsule est de nature inflammatoire; le nuage, d'abord léger, s'épaissit de plus en plus, de sorte que la paroi antérieure de la capsule offre de petites taches d'une forme et d'une couleur diverses, qu'il est facile d'apercevoir à la loupe. Ces taches diffèrent ordinairement de couleur, et quoique ordinairement blanches, parfois aussi elles sont brunes ou d'un brun-noirâtre. Ceux qui les regardent comme du pigment détaché de l'uvée se trompent évidemment. Presque toujours à l'iridopériphakitis succède une synéchie totale incurable. Lorsqu'on examine la paroi antérieure de la capsule à la loupe, on aperçoit, au début de la maladie, des vaisseaux déliés, pleins de sang, qui, vis à vis de la pupille, se dirigent vers le centre du cristallin et affectent différentes formes. Assez fréquemment ces vaisseaux sont entourés d'un léger trouble qui est produit en partie par une matière plastique, dont les vaisseaux sont l'organe sécréteur, et qui semble provenir en partie aussi du ramollissement de la substance de la capsule. Cette inflammation capsulaire guérit assez souvent, mais dégénère plus fréquemment en une cataracte capsulaire partielle, qui alors est incurable. Il serait digne d'intérêt d'examiner avec soin comment ici l'inflammation se termine tantôt par résolution, tantôt par la perte de la transparence.

Les symptômes subjectifs de l'uvéite sont les suivants. La faculté visuelle, affaiblie dès le principe, subit des dérangements variés, et parcourt les degrés les plus divers de la vision de taches et de nuages. Quand la pupille se trouve obstruée, elle disparaît aussi peu à peu, l'inflammation passant de l'uvée à la capsule du cristallin, ce qui amène une cataracte capsulaire. Au reste, le malade éprouve des douleurs gravatives, violentes ou légères, dans l'œil ou à la région frontale; quelquefois il aperçoit aussi différentes sortes d'étincelles.

On découvre les changements suivants dans l'œil qui a souffert pendant longtemps d'une iridopériphakitis. Le parenchyme de l'iris forme une masse celluleuse parsemée d'une grande quantité de pigment de couleurs diverses; il ne reste plus aucun vestige de la structure particulière de cet organe; la diversité des couleurs, qui acoutume d'exister dans l'œil sain, disparaît complétement dans l'œil mort. L'uvée offre beaucoup de pigment noir, qui est dur et très-faible. L'uvée sous-jacente paraît d'un blanc-jaunâtre et plissée. La capsule du cristallin présente des obscurcissements partiels de couleur et de forme diverses. C'est le cercle ciliaire qui paraît être le plus coloré par le pigment pathologique, dont la couleur est plus brune que noire. Une partie de la rétine qui avoisine ce cercle est ordinairement plus épaisse que de coutume; la choroïde semble parfois malade, c'est-à-dire plus pâle, à cause du changement que la couleur du pigment a subi.

L'inflammation de l'uvée consiste, quant à sa nature, en une accumulation de sang pathologique dans les vaisseaux capillaires, d'où résultent d'abord une congestion, puis une sécrétion plus abondante et altérée de pigment, enfin l'apparition de substances plastiques sur la membrane. L'uvée n'est pas toujours seule en proie à l'inflammation : d'ordinaire d'autres parties de l'iris et de l'œil souffrent en même temps que la face postérieure de l'iris, par exemple la capsule du cristallin, la rétine et la choroïde, ce que prouvent surtout la diminution soudaine et l'aliénation de la vue, quand la pupille n'est point encore close par l'exsudation.

A l'égard des causes, le mode de développement de la maladie semble varier d'après la constitution du malade, son tempérament, sa condition, son genre de vie, et le climat; mais ce qui paraît ne pas être douteux, c'est qu'au fond de l'uvéite il y a, dans le corps du malade, une dyscrasie, ou spontanée, ou venue du dehors. Cette cause se manifeste d'abord comme congestion vers la tête, puis comme congestion vers les yeux. Il n'est pas question ici seulement de la goutte, des scrofules ou de la syphilis, mais aussi des altérations spontanées des humeurs, par exemple, de cette dyscrasie spéciale qui n'est pas rare chez les femmes sur le retour, ou après des couches épuisantes. On peut en dire autant des hémorrhoïdes, surtout lorsqu'elles sont accompagnées de pléthore ou de cachexie veineuse. Ici la veine porte est le siége du mal, et l'uvéite pourrait être appelée hémorrhoïdes de l'œil. C'est avec raison que quelques personnes mettent la dyscrasie impétigineuse au nombre des causes de l'uvéite. J'ai souvent vu cette inflammation survenir dans un œil quand l'autre avait été blessé; mais alors il y avait toujours mauvais état du sang chez le sujet, et je

crois à peine possible que la maladie se déclare chez un homme parfaitement sain.

Les indications à remplir sont d'abord de combattre l'inflammation locale, puis d'attaquer la dyscrasie générale, de favoriser la résorption des exsudations plastiques, et de ramener, s'il est possible, la sécrétion du pigment à des conditions normales. Avant tout, il faut diminuer la masse des humeurs; le meilleur moyen d'y parvenir est un régime convenable et sévèrement observé. Le malade doit ne pas rester toujours couché; le lit doit être frais, et l'air fréquemment renouvelé dans l'appartement. Il faut aux yeux un repos absolu, ou du moins peu de travail. Une légère diaphorèse pendant tout le cours de la maladie est parfois utile. La nourriture est rafraîchissante, relâchante, plutôt végétale qu'animale. On diminue l'inflammation locale par des sangsues, des ventouses ou la saignée; puis on a recours aux dérivatifs, aux vésicatoires, à la pommade stibiée. Les boissons sont rafraîchissantes, salines, acidules. On donne souvent des lavements laxatifs ; si les douleurs sont violentes, on emploie les calmants à doses réfractées. Avant de passer aux spécifiques, on emploie avec succès les eaux minérales légèrement purgatives et dépuratives. Les bains de savon tièdes et répétés sont fréquemment utiles.

A l'intérieur, on prescrit les remèdes qui, propres à activer la résorption, agissent contre la dyscrasie générale, et qui, en excitant toutes les sécrétions, détournent l'inflammation de l'œil. Les meilleurs sont les mercuriaux, principalement le sublimé et le calomel. J'ai vu de grands effets du précipité rouge; je le prescris ordinairement avec le polygala de Virginie.

Le malade fait usage de tisanes sudorifiques. A ces moyens on associe quelquefois l'usage interne de la racine de belladone. Cette plante convient également à l'extérieur, sous forme de collyre ou de pommade. Il ne faut pas taire cependant que sa propriété d'agrandir la pupille est faible dans l'uvéite, et plus d'une fois on l'a vue ne pas produire l'effet désiré; de sorte qu'on est obligé de recourir à d'autres moyens, parmi lesquels un des meilleurs est la décoction de Zittmann dans l'uvéite par dyscrasie mixte, notamment scrofulo-syphilitique. Le carbonate de soude, associé au rob de pissenlit ou de chiendent et aux laxatifs, a des avantages quand la maladie provient de la goutte ou de l'aménorrhée. La ciguë, le polygala de Virginie, le chlorure de barium, les iodures de potassium et de sodium, et l'huile de foie de morue, conviennent chez les personnes âgées, qui ont été scrofuleuses dans leur jeunesse. L'huile de térébenthine et les diurétiques se montrent utiles dans l'uvéite rhumatismale. Mais tant que le malade éprouve des congestions, il faut s'abstenir de tous ces moyens, qui feraient alors plus de mal que de bien. Le médecin doit se tenir en observation, et ne pas troubler la marche de la nature, qui souvent diminue, si même elle ne fait pas cesser tout à fait l'uvéite par une fièvre, une éruption cutanée, ou quelque autre inflammation locale. Rappelons que le traitement de cette maladie est très-difficile et exige une grande patience.

12. *Recherches historiques et pratiques sur le renversement des cils contre le globe de l'œil, et sur la possibilité d'enlever une paupière tout entière et au moins une partie de l'autre sans que l'œil reste découvert*; par P.-N. Gerdy, chirurgien de l'hôpital de la Charité de Paris.

(Journal de Chirurgie de M. Malgaigne, juillet 1844.)

Le renversement des cils contre la surface de l'œil par une simple déviation des cils, connue sous les noms antiques de *trichiasis*, *distichiasis*, *phalangosis*, ce renversement, produit par l'inclinaison du bord des paupières en dedans, désigné sous le nom d'*entropion*, a fixé l'attention des médecins et des chirurgiens depuis les temps les plus reculés, par suite des tourments que ces affections causent aux malades et de la perte de la vue qu'elles peuvent entraîner.

Mais, comme ces maladies ne cèdent pas à des moyens pharmaceutiques, il a fallu en appeler à la chirurgie; comme la chirurgie reste également impuissante dans une foule de cas, on a été conduit à essayer toutes sortes d'opérations, depuis les plus raisonnables jusqu'aux plus ridicules. On les a modifiées de mille et mille manières, en ajoutant, retranchant, changeant quelque chose aux opérations primitives, et en en combinant de toutes façons les manœuvres élémentaires. Ce serait faire beaucoup trop d'honneur à tous ces procédés et à tous ces procédoncules, et donner la preuve de bien peu de critique, que de chercher à les citer tous. Nous tâcherons d'être plus court et plus exact qu'on ne l'a été sur ce sujet.

D. Leclerc, qui nous a laissé un travail si savant sur l'histoire de la médecine, manque ici, comme en bien d'autres endroits, de cette critique si nécessaire en histoire. Les ouvrages attribués à Hippocrate II, et réunis sous son nom, ne peuvent plus être regardés que comme une exposition de la médecine antique des Grecs, altérée par une foule d'interpolations et d'additions bonnes ou mauvaises. Ainsi je regarde comme une addition ridicule au livre *du régime dans les maladies aiguës*, le passage suivant qui ne se rapporte en aucune manière au sujet du livre : « Mettez un fil dans le chas d'une aiguille, passez-le à travers la peau, vers le bord libre de la paupière supérieure; passez-en un autre un peu au-dessous; nouez ensemble les deux anses, que vous laisserez en place jusqu'à la chute de la ligature. Si cela suffit, c'est bien; sinon, c'est-à-dire si les cils ne sont pas assez renversés en dehors, vous recommencerez l'opération (1).

Bien que cette opération soit peu rationnelle, peu propre à remplir sa destination et n'ait guère mérité l'honneur d'une citation, surtout à cause de son obscurité, croirait-on que Leclerc en fait un roman plus inintelligible encore? Hippocrate, suivant lui, « *donnait particulièrement des preuves de son adresse et de sa dextérité* dans la cure de la maladie qu'il appelle trichiasis... Il prenait une aiguille enfilée qu'il passait par la partie supérieure et la plus tendue de la paupière jusqu'en bas ; et il en passait une autre plus bas, au-dessous

(1) Hippocrate, t. III, p. xlv, Paris, 1840, trad. de Littré.

de l'endroit où la première avait été passée; cousant ensuite et liant les deux filets ensemble jusqu'à ce que les poils tombassent (1). » Je dis que c'est un roman ; en effet, où Leclerc a-t-il vu qu'Hippocrate donnait particulièrement des signes de son adresse et de sa dextérité dans la cure du trichiasis? Dans le livre qu'il cite il n'y a rien de plus que ce que j'en ai rapporté. Quant à l'obscurité, elle doit être évidente pour tout le monde.

Dujardin (2) reproduit la traduction de Leclerc en l'éclaircissant un peu; mais ce qu'il dit n'est évidemment qu'une citation de citation. Sprengel, qui paraît du moins avoir pris la peine de remonter à la source, fait parler le livre hippocratique un peu différemment (3); mais il reste encore de l'obscurité sur le procédé opératoire.

Par suite de ce manque de précision et de clarté, si commun chez les anciens, nous ne sommes pas plus heureux en passant à Celse. Il veut que l'on cautérise le bord libre de la paupière, en trois fois, et par tiers à chaque fois (4), si je le traduis bien en l'interprétant comme Dujardin et F. d'Aquapendente, et contrairement à Daleschamps (5), à Ninnin, à Sprengel, etc. (6).

Celse parle ensuite d'un procédé de redressement fait avec un cheveu de femme, qui ne mérite pas de nous arrêter, quoique les historiens ne manquent pas de le rapporter tout au long. Enfin, lorsque le trichiasis provient du relâchement de la paupière, Celse pense qu'il convient d'exciser la peau des paupières en faisant d'abord un pli parallèle à la longueur de la paupière, afin d'apprécier la quantité qu'on doit en retrancher pour redresser les cils renversés; puis il fait une incision longitudinale sous le cartilage tarse dont on comprendra plus bas l'intention, car Celse ne l'explique pas : aussi a-t-elle échappé aux historiens et surtout aux citateurs superficiels.

Suivant Sprengel (7), il est vraisemblable qu'Héraclide guérissait la trichiase en collant les cils sur la face externe des paupières; car Galien nous a conservé la recette de plusieurs emplâtres agglutinatifs qu'Héraclide avait imaginés pour cette indication. Si Sprengel eût voulu faire preuve d'un peu de critique, il aurait dû dire, au contraire, que ce moyen était impuissant, du moins dans un trichiasis réel; ce moyen n'en a pas moins été recommandé cent fois depuis Celse jusqu'à nos jours, et les citateurs ne manquent pas de le mentionner. Peut-être Sprengel eût-il mieux fait encore de n'en point parler. Si l'histoire voulait mentionner des remèdes d'une aussi mince valeur, où en serait-elle, où en seraient les lecteurs? Aussi je n'en parlerais pas moi-même si ce n'était pour faire la critique de cet abus des citations, et pour montrer qu'il faut du choix dans celles que l'on fait.

Au rapport de Galien, Papias arrachait les cils et frottait le bord de la paupière avec le dropax, qui était un topique rubéfiant (1). Bien que l'arrachement des cils déviés fût une idée si naturelle qu'elle devait se présenter d'abord à l'esprit, ce moyen est insuffisant. Il a néanmoins été conseillé et employé depuis, à toutes les époques de l'art. On a prétendu, il est vrai, qu'en le répétant un grand nombre de fois les cils finissaient par s'affaiblir et ne plus reparaître. Galien n'a rien écrit par lui-même sur ce sujet qui mérite de nous arrêter.

Paul d'Egine donne le nom de *distichiasis* à une affection qui consiste dans un double rang de poils aux paupières; dans cette maladie, il coud quelquefois la paupière par une opération qu'il nomme ἀναρραφή; il en use de même dans le *phalangosis* quand le cartilage incline au dedans de l'œil; enfin il en use dans le relâchement de la paupière. Il commence par renverser la paupière, par diviser le cartilage tarse d'une extrémité à l'autre; ensuite il fait sur la peau une excision en forme de feuille de myrthe avec un bistouri particulier; alors il éponge la plaie et en coud les bords; enfin il fixe au front le bout du fil avec un emplâtre visqueux; suivant lui, cette opération est la plus commune. Mais si le poil pique seulement en quelque partie de la paupière, en ce seul endroit l'opération doit être faite. Il a connu des maîtres qui ne faisaient point de couture après l'excision. Un autre ne coupait point la peau, il la pinçait entre deux attelles jusqu'à ce qu'elle tombât sphacélée (2).

L'incision intérieure du cartilage est destinée à favoriser son renversement en dehors (3). C'était pour cela aussi que l'on collait au front le bout du fil. Voilà donc l'intention de l'incision interne du cartilage tarse découverte. Nous la verrons reparaître, ramenée par le même motif, dans les procédés de MM. Crampton et Guthrie. Paul cautérisait aussi la surface des paupières avec le feu, de préférence au caustique, qu'il employait à plusieurs reprises par nécessité chez les malades timides (4).

Les Arabes ne me paraissent rien offrir de nouveau, non plus que les Arabistes. Guy de Chauliac ne reproduit lui-même qu'avec servilité les méthodes mentionnées jusqu'ici (5).

J. de Vigo ne sait opposer au trichiasis que des drogues ridicules, dans l'esprit d'un temps où la chirurgie était devenue très-humble et très-petite, quoiqu'elle commençât à se relever (6).

Paré, qui, à l'exemple de Galien, mentionne plus d'une centaine de maladies des yeux, combat le relâchement de la paupière et le trichiasis comme la plupart de ses prédécesseurs (7). Guillemeau, son élève, rappelle aussi les nombreuses espèces admises

(1) Hist. de la méd., 1re part., l. 3, ch. 18, p. 232. Amsterdam, in-4o, 1723.
(2) Hist. de la chir., in-4o, p. 226, Paris, 1774.
(3) Hist. de la méd., t. VIII, Paris, 1820, p. 3, trad. de Jourdan.
(4) Celse, l. 7, ch. 7, § 8.
(5) Annot. au chap. 8 de Paul d'Egine, traduct. française de Paul.
(6) Loco citato.
(7) Loco citato, p. 4.

(1) De compos. med. sec. loc., lib. 4, cap. 8.
(2) Paul, trad. de Daleschamps, ch. 8, p. 35, Paris, MCDX.
(3) Voy. Annot. de Daleschamps, p. 39.
(4) Ib., ch. 9.
(5) Traité 2, doct. 2, ch. 2, part. 2, p. 503, in-12, Lyon, 1579.
(6) De Vigo en français, 1537, l. 4, tr. 1, p. 190.
(7) Opérat. de chir., ch. 5.

par les anciens et le traitement de l'excision décrit par Celse qu'il se borne à reproduire (1).

Bartisch, célèbre oculiste allemand, imitant le procédé mentionné dans Paul, fait un pli longitudinal à la peau de la paupière, puis le pince entre deux mors rapprochés l'un de l'autre par une vis de pression, jusqu'à ce que le pli tombe sphacélé (2).

Fabrice d'Aquapendente traite le trichiasis de la manière indiquée par Celse. Il cautérise le bord de la paupière et les racines des cils, en trois fois, et par tiers à chaque fois, comme Celse. Quand la paupière relâchée s'abaisse et que les cils se renversent sur l'œil, « je mets, dit-il, sur toute ladite paupière un glutinatif avec deux petites attaches déliées, et une autre semblable au front, sur le sourcil ; alors, tirant les deux petites attaches d'en haut, je les noue avec celles d'en bas, et ainsi on fait ouvrir l'œil (3). » Si l'illustre professeur de Padoue n'eût jamais rien fait de mieux que cette suture sèche dont il n'est pas l'inventeur, il n'eût pas laissé un aussi grand nom que celui qu'il possède, si légitimement, dans l'histoire des sciences. Néanmoins Scultet (4), Dionis (5) adoptent son procédé.

Ch. Erndl fit la singulière proposition de couvrir l'œil avec un œil artificiel très-mince, poli et transparent, pour mettre l'œil naturel à l'abri de l'action irritante des cils (6). Verduin, célèbre chirurgien d'Amsterdam, modifia légèrement l'instrument et l'opération de Bartisch (7), qui le furent encore par Raw. Ce dernier en disputa l'invention à Ruysch qui la rapportait à Verduin. Heister, qui nous apprend ces particularités, propose, quand l'arrachement et la cautérisation sont repoussés par le malade, d'exciser le bord de la paupière avec tous les poils, au moyen de ciseaux (8) ; mais ce qu'il dit de Cortumius, qui préférait à l'excision la destruction du bord des paupières par le caustique, prouve que le procédé si rationnel de l'excision n'était pas nouveau. Il en est souvent ainsi des procédés très-simples et très-rationnels, ils viennent successivement à l'esprit de beaucoup de personnes qui ne savent pas qu'elles ont été dévancées. Les inventeurs de beaucoup d'historiens ou de citateurs peu sévères ne sont fréquemment que des inventeurs de cette espèce. Il est en général difficile de mettre la main sur les premiers inventeurs, surtout quand les inventions sont faciles et très-raisonnables. C'est ainsi que Beer, après une foule d'autres, a proposé de *friser* les cils déviés pour les éloigner de l'œil (9) ; que Ch. Bell a conseillé l'incision de la conjonctive lorsqu'il la regarde comme la cause de l'entropion (10), quoique ce soit un très-mauvais procédé ; que l'on préconise, de nos jours, la causticatio répétée sur la peau de la paupière, d'après M. Quadri de Naples ou tel autre, bien que cette méthode soit décrite en Paul d'Egine comme une méthode *des anciens* et qu'elle ait été souvent employée depuis, ainsi que la cautérisation, et d'une foule de manières, sur la paupière ou sur les cils. C'est ainsi que les excisions verticale, transversale ou cruciale (1) de la peau de la paupière, avec ou sans suture du pli de la peau ou des bords de la plaie, proposées depuis le commencement de ce siècle, remontent à la méthode décrite dans Celse, dans Paul et une foule d'autres auteurs ; que la destruction d'un pli de peau par pincement se trouve encore dans Paul, et a été pratiquée par Bartisch avec une pince, puis par Verduin avec une pince trouée pour coudre en même temps la base du pli, comme je l'ai dit plus haut.

C'est encore ainsi que la double incision perpendiculaire du bord libre de la paupière et du tarse de chaque côté des cils déviés, pour ramener le cartilage en avant et l'y maintenir par des agglutinatifs ou un moyen suspenseur, décrite par S. Cooper d'après Crampton (2) ; l'opération plus obscure et plus mauvaise qu'il décrit longuement d'après Guthrie, et dans laquelle la paupière et le cartilage sont incisés bien plus profondément vers leurs extrémités, ne sont encore que des modifications du procédé de Celse, reproduit en détail dans Paul.

L'excision d'une pièce triangulaire au bord libre des paupières pour enlever les cils déviés et réunir les bords de la plaie, comme l'a proposé Schreger, me paraît plus originale (3).

L'excision du bord cilifère de la paupière, que l'on rapporte à Jœger (4), à Saunders (5) ; le procédé de Vacca (6), qui consiste à détruire la racine des cils par la cautérisation ou par l'instrument tranchant, qui est aussi un procédé de la même méthode, n'appartiennent ni l'un ni l'autre à une pensée nouvelle. En effet, on lit dans Heister (7) que « Cortumius, dans une thèse sur le trichiasis, soutenue en 1724, sous la présidence de Goelicke, propose de consumer le bord de la paupière et le cil avec la pierre infernale, au lieu de la couper avec des ciseaux. » Vous voyez qu'Heister parle ici de l'excision, comme on le fait d'une méthode vulgaire. Quant à la cautérisation du bord cilifère, elle remonte très-loin ; on l'a souvent conseillée pour détruire une partie ou la totalité des bulbes cilifères. Il est vrai que Vacca n'a opéré cette destruction que pour trois trichiasis partiels et non généraux qu'il a guéris. L'excision de tous les bulbes, conseillée encore par Saunders, sans exciser le cartilage, est originale (8) ; mais je doute qu'on doive la préférer à l'excision du bord palpébral dans toute son épaisseur à la fois. Elle doit être fort laborieuse

(1) Mal. des yeux, ch. 18, 19.
(2) Voy. Heister, Instit. de chir., part. 2, sect. 2, ch. 45, pl. 15, f. 19, édit. franç., in-4°.
(3) OEuv. chir, édit. franç. de Lyon, 1666, p. 540.
(4) L'Arsenal de chir., tab. 34, f. 8.
(5) Sixième démonst., f. 34.
(6) Sprengel, t. VIII, p. 52, trad. de Jourdan.
(7) Heister, Instit. de chir., part. 2, sect. 2, ch. 45, f. 21.
(8) Ib., ch. 46, § 3.
(9) Sprengel, loco cit., p. 143.
(10) Ib., p. 159.

(1) V. Méd. opér. de M. Velpeau, t. III, p. 359.
(2) Dict. de chir., trad. française, t. II, p. 528.
(3) Ib., p. 528.
(4) Mackenzie, trad. par Laugier et Richelot, p. 163.
(5) S. Cooper, loco cit., p. 528.
(6) Archiv. de Méd., t. IX, n° 392, et Bullet. de Férussac, 1826, t. I, p. 361.
(7) Loco cit., part. 2, sect. 2, chap. 46, édit. in-4°, p. 533.
(8) Mackenzie, loco cit., p. 168.

pour le chirurgien, pénible pour le malade, et rendre la paupière plus difforme que l'excision palpébrale du bord entier.

Si tous les moyens dont je viens de parler se rattachent plus ou moins facilement aux méthodes anciennes, il n'en est pas de même des procédés qui consistent à fendre verticalement la paupière au milieu de sa largeur ou sur les côtés, comme l'a proposé M. Ware (1); ou à y pratiquer seulement une boutonnière verticale, comme le fait M. Tyrrell (2); ou à couper les fibres charnues du muscle palpébral, comme le pratique M. Cunier (3); ou à le diviser par la méthode sous-cutanée, ainsi que l'ont fait MM. Pétrequin, de Lyon, et Blackman, d'Amérique (4), dans les cas où la paupière est raccourcie et fortement appliquée à l'œil par une inflammation chronique ou une affection spasmodique.

En résumé, pour mettre un peu d'ordre et de clarté dans cette multitude d'opérations contre le renversement des cils dans l'œil, nous les rattacherons aux méthodes suivantes :

1° *Redressement ou renversement* des cils par des moyens mécaniques, des emplâtres, comme le faisait Héraclide, et par des ophthalmostats, puisque MM. Middlemore et Tyrrell en ont proposé (5);

2° *Arrachement* unique ou répété jusqu'à l'épuisement des bulbes, qui se perd dans la nuit des temps et de l'histoire;

3° *Arrachement et topiques irritants ou cathérétiques* pour détruire ou fermer les bulbes cilifères, comme le faisait Papias, au rapport de Galien;

4° *Cautérisation* ou *caustication* du bord de la paupière, unique ou répétée, pour détruire les bulbes, méthode décrite par Celse, puis à toutes les époques de l'art;

5° *Cautérisation* ou *caustication*, unique ou répétée, de la peau de la paupière, ancienne méthode décrite par Paul;

6° *Ablation de la peau de la paupière* avec ou sans incision du cartilage tarse, par incision ou excision de la peau, avec ou sans suture des bords de la plaie, avec ou sans agglutinatifs; méthode fort ancienne décrite dans Celse et Paul d'Egine;

7° *Ablation de la peau de la paupière par pincement*; méthode décrite par Paul, avec procédés à peine différents, proposés par Bartisch, Verduin, etc.;

8° *Excision* partielle ou totale du bord de la paupière; méthode vulgaire du temps d'Heister, et depuis employée par des procédés divers, par Jœger, Saunders, Vacca, Schreger, etc.;

9° *Blépharotomie* extérieure ou sous-cutanée de MM. Ware, Tyrrell, Cunier, etc.

(*La fin au prochain numéro.*)

(1) Mackenzie, loc. cit., p. 160.
(2) Rognetta, Traité phil. et cliniq. d'ophthalmologie, p. 681.
(3) Ib.
(4) Ib., p. 682.
(5) Ib., p. 679.

13. *Remarques sur quelques phénomènes de l'amaurose et sur son traitement par la noix vomique*, d'après des observations recueillies dans le service de M. Malgaigne (hôpital des Cliniques); par F. Neucourt, interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation.

(Journal de Chirurgie de M. Malgaigne, juillet 1844.)

Les phénomènes morbides par lesquels l'amaurose signale son apparition et son existence ont été pour la plupart étudiés avec beaucoup de soin par les auteurs; je n'ai pas l'intention d'en faire l'histoire complète, mais je veux insister sur quelques-uns de ces phénomènes qui paraissent ne pas avoir fixé, autant qu'ils le méritent, l'attention des observateurs. Telle est la diplopie, dont l'existence n'a pas généralement été rattachée à l'amaurose, et qui cependant a une certaine valeur dans cette maladie, comme je vais tâcher de l'établir.

Tout ce que je dirai doit s'entendre de l'amaurose incomplète : les auteurs, en effet, sont d'accord sur ce point, que l'amaurose complète est incurable, à moins qu'elle ne soit récente et due à une circonstance accidentelle qu'on peut faire disparaître.

I. — *De la diplopie dans l'amaurose.*

Dans les histoires générales de l'amaurose, on ne signale guère l'existence de la diplopie que lorsqu'il y a en même temps strabisme. Boyer dit seulement, en parlant de la diplopie, qu'elle est quelquefois suivie d'une amaurose incurable; mais il ne s'en occupe plus lorsqu'il décrit l'amaurose. D'autres auteurs, Scarpa, MM. Velpeau, Carron du Villars, etc., n'en parlent que quand il y a strabisme. M. Sichel se borne à dire qu'on l'observe *quelquefois*. Quant aux observations particulières, elles sont la plupart peu détaillées, surtout pour les antécédents, et ne peuvent être d'aucun secours pour l'objet dont il est ici question.

Cependant, en observant avec soin quelques malades affectés d'amaurose, dans le service de M. Laugier, à Beaujon, je fus frappé de cette particularité, que tous se plaignaient d'une diplopie opiniâtre, très-gênante, et qui les fatiguait autant que la perte incomplète de la vue dont ils étaient atteints. Je notai ce fait, non parce que je pensais qu'il existât aucune liaison entre lui et l'amaurose, mais parce que j'étais bien aise d'avoir quelques observations de diplopie bien avérées, d'autant plus qu'elles présentaient quelque chose d'insolite; j'étais alors, autant que possible, à l'abri de toute idée préconçue.

Comme les faits parlent mieux que les assertions, je vais rapporter le suivant, un des premiers que j'ai observés.

Obs. I. — *Amaurose survenue à la suite d'un coup à la tête; irrégularité de la pupille; diplopie existant lors même qu'un des yeux seul est ouvert.* — Giraud (Marie-Louise), âgée de 39 ans, domestique. Cette femme, d'une bonne constitution, bien réglée, bien portante d'habitude, dit que, il y a quatre ans, elle a eu les yeux rouges; elle en souffrait, et ne fut guérie qu'au bout de six semaines. Les yeux avaient toujours bien rempli leurs fonctions depuis, lorsqu'il y a un mois elle reçut un coup

à la tête, mais ne perdit pas connaissance. Depuis ce temps, elle éprouve des élancements dans le côté droit qui a été frappé : quinze jours après, elle commence à apercevoir un brouillard devant les yeux ; du reste elle n'en souffrait pas, et n'éprouvait de larmoiement un peu notable que par l'exposition au grand air. La vue, depuis ce moment, alla graduellement en s'affaiblissant. Pendant les quinze premiers jours de la maladie, elle voyait des mouches, des espèces de papillons toujours noirs, jamais rouges, et qui occupaient tout le champ de la vision ; ces mouches paraissaient surtout au moment du réveil : les yeux se fatiguaient facilement, et la malade ne pouvait enfiler une aiguille. Le sommeil est aussi moins bon, en raison des douleurs de tête; du reste, la santé générale n'est pas troublée. Il paraît que, dès le commencement de la maladie, lorsque la malade voulait enfiler une aiguille, elle en voyait deux ; le jour de son entrée à l'hôpital, elle remarquait qu'en descendant l'escalier les marches lui paraissaient doubles.

Entrée le 25 février 1843, elle est dans l'état suivant : bonne santé générale ; femme forte, de taille moyenne, bien constituée, bien réglée d'habitude. Les yeux, sans injection ni rougeur, ont l'iris brun foncé. Les pupilles sont dilatées, larges d'environ trois à quatre millimètres. Pour l'œil gauche, la largeur de l'iris est manifestement moins grande à la partie interne qu'à la partie externe, ce qui lui donne une forme oblongue ; la même chose a lieu à droite, mais d'une manière moins marquée. Le fond de la pupille est d'un noir foncé. On ne peut voir les iris se contracter en ouvrant et en fermant les yeux, même lorsqu'on prête la plus grande attention. Des deux côtés, mais surtout à gauche, les objets sont vus plus distinctement lorsqu'on les place au côté externe; ainsi la malade distingue assez bien une aiguille dans la première position, tandis qu'elle ne peut le faire dans la seconde. Ce phénomène existe aussi, mais moins marqué à droite. Le doigt présenté à la malade lui paraît double ; elle dit que quand on ferme un des deux yeux, l'objet paraît également double lorsqu'elle le regarde avec celui qui reste ouvert. Tous les objets environnants paraissent doubles, et cela cause une très-grande fatigue à la malade; elle s'en plaint très-vivement. Toujours douleurs de tête lancinantes du côté droit. Pas de douleurs dans les yeux.—Prescription : douze sangsues à l'anus.

Le 27, pas de soulagement.

On applique successivement deux vésicatoires à la tempe droite. On donne une bouteille d'eau de Sedlitz. — Pas d'amélioration.

Le 2 mars, on réapplique un vésicatoire à la tempe. La malade est presque toujours dans un état de somnolence assez marqué lorsque son attention n'est pas fixée; autrement, elle répond avec beaucoup de netteté aux questions qu'on lui adresse.

Le 4, la malade trouve qu'il y a du mieux, que la vision est plus nette. Il n'y a plus de diplopie : elle affirme bien qu'elle voit tous les objets simples. — Deux portions d'aliments.

Le 6, toujours douleurs vives dans la tempe droite : vue simple, mais peu nette. — Lavement purgatif.

Le 8, même état des douleurs : un peu d'amélioration dans la vue. Depuis quelques jours, il y a des envies de vomir et l'appétit a diminué. On remarque un peu de gonflement avec rougeur et sensibilité plus vive que d'habitude au pourtour de l'œil droit et un peu sur la joue. (A ce moment il y avait beaucoup d'érysipèles dans les salles.) — Lavement purgatif. Une portion d'aliments.

Le 9, il y a eu plusieurs garde-robes. La rougeur de la face a disparu ; même état du reste.

A la fin du mois, la malade sort ; la vue est améliorée, il n'y a plus de diplopie : mais il reste toujours des douleurs lancinantes dans la tempe droite.

L'amaurose survenue chez cette femme paraît due à quelque lésion du côté de l'encéphale ; mais il est impossible de rien préciser à cet égard, puisque la preuve anatomique manque. Quoi qu'il en soit, il est difficile de trouver un cas de diplopie mieux marquée ; lorsque la malade veut enfiler une aiguille, elle la voit double ; lorsqu'elle descend les marches, elle les voit doubles ; ce qui fait qu'elle hésite à marcher, craignant de poser le pied à faux. Mais un fait plus singulier, et qui, par cela même, demande à être accepté avec une extrême réserve, c'est que la malade voit double, même avec un seul œil. J'ai eu beau l'interroger de toutes les manières possibles, elle m'a toujours répondu de même. Dans des cas pareils, on ne peut que se fier aux assertions des malades : ce que je puis dire, c'est que celle-ci ne paraissait attacher aucune importance à cette particularité, et il ne lui paraissait guère plus singulier de voir double avec un œil qu'avec deux ; en un mot, rien ne faisait penser qu'il pût y avoir supercherie de sa part.

Boyer rapporte qu'Hoffmann a observé un cas semblable à celui-ci, et il ajoute : Ce phénomène paraît si extraordinaire qu'on serait tenté de le révoquer en doute, s'il n'était présenté avec tous les détails qui, en médecine, garantissent l'authenticité d'un fait (1).

Dans un autre cas d'amaurose survenue à la suite de délire, et qui s'accompagnait de douleurs sus-orbitaires intenses, la vue était double, surtout lorsque l'œil était un peu fatigué : le malade voyait doubles les objets environnants, le numéro de son lit, les personnes qui étaient près de lui, etc. ; lorsqu'il lisait, il voyait également les caractères doubles, les premiers droits, les seconds dirigés obliquement de gauche à droite et de haut en bas. La vue était très-faible de l'œil gauche, bonne de l'œil droit : lorsqu'il fermait l'œil malade en regardant une lumière, il n'en voyait plus qu'une blanche, nette et de grandeur naturelle ; lorsqu'il fermait l'œil sain, il n'en voyait qu'une également, mais plus rouge, plus grande et moins nette. La pupille du côté sain était à l'état normal ; du côté malade, elle était un peu plus dilatée, assez régulière et moins contractile.

Frappé de cette particularité, j'interrogeai les amaurotiques à ce sujet, et, sur six que j'observai plus tard à l'hôpital des Cliniques, il y en eut quatre

(1) Un cas tout semblable, c'est-à-dire d'une diplopie d'un seul œil au début d'une amaurose, s'est présenté récemment à nous à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine. (*Note du Rédacteur.*)

qui accusèrent de la diplopie existant au début de la maladie, et qui avait disparu à mesure que l'amaurose faisait des progrès. Il est à remarquer, en effet, que c'est principalement au début de l'amaurose qu'on observe la diplopie, et c'est ce qui ajoute de l'importance à ce fait, comme signe diagnostique de la maladie commençante. Ainsi, parmi les cas précédemment cités, j'ai observé moi-même la diplopie dans les deux premiers, tandis que, dans les quatre autres, j'ai été obligé de m'en rapporter au dire des malades, en leur faisant toutefois spécifier très-précisément les objets qu'ils voyaient doubles. C'est que, dans les premières observations, la maladie était à son début, tandis que, dans les autres, elle était avancée et datait au moins de plusieurs mois.

Je crois donc que, d'après les faits précédents, on est autorisé à dire que, dans un certain nombre d'amauroses commençantes, on trouvera, au moment de l'invasion de la maladie, une diplopie nettement caractérisée qui sera un signe confirmatif de la maladie : elle pourra encore servir en ce sens que, toutes les fois que chez un malade on trouvera une diplopie opiniâtre, on devra se tenir sur ses gardes, et examiner attentivement pour s'assurer s'il n'existe pas d'autres signes d'une amaurose commençante.

Comme contre-épreuve, j'ai interrogé un grand nombre d'individus affectés de cataractes, pour savoir s'ils avaient vu double à une époque quelconque de la maladie : la réponse a toujours été négative; de sorte qu'au début de la maladie, la diplopie pourra être encore fort utile pour distinguer, dans les cas douteux, si on a affaire à une amaurose ou à une cataracte commençante.

Ce qu'il y aurait d'important, ce serait de distinguer les cas dans lesquels il y a nécessairement et ceux dans lesquels il n'y a pas diplopie; en un mot, trouver la cause de la diplopie. On ne peut pas invoquer, pour l'expliquer, le défaut d'harmonie dans la direction des yeux; car, dans aucun des six cas précédemment cités, il n'y avait la moindre apparence de strabisme. Il resterait à examiner si cela ne tiendrait pas à un dérangement dans les fonctions de la rétine.

On sait que, dans beaucoup de cas d'amauroses incomplètes, la vision est moins nette du même œil, selon que l'on place l'objet en dedans ou en dehors, en bas, etc., quoique toujours à la même distance de l'œil; d'où l'on peut conclure que, dans les cas de cette espèce, la rétine n'est pas aussi sensiblement altérée dans tous les points. Il y a même quelque chose de plus singulier : c'est que, dans l'observation citée, où la diplopie existait avec cette particularité que la vision était plus nette lorsqu'on plaçait l'objet en dedans, la pupille était dilatée irrégulièrement et agrandie vers la partie interne; d'où l'on serait porté à penser que la diplopie résulte de ce que l'axe visuel, sans que l'œil se dévie, est transporté sur un autre point de la rétine, de manière que la symétrie d'impression sur les deux yeux, si je puis m'exprimer ainsi, se trouve détruite. On conçoit très-bien, dans cette hypothèse, que la diplopie cesse lorsque l'amaurose augmente, parce qu'alors toute la rétine s'altère uniformément, et n'offre plus de points, même partiels, qui soient assez sensibles à l'action de la lumière pour produire la double image. C'est en relisant l'observation citée que j'ai fait cette remarque : de sorte que je n'ai pu m'assurer si elle serait toujours justifiée par l'observation, et l'on conçoit que l'examen de toutes les circonstances qui s'y rattachent est assez minutieux pour qu'on ne le fasse généralement que dans un but déterminé : aussi n'y manquerai-je pas dans l'occasion.

II. — *Des objets imaginaires perçus par les amaurotiques.*

On s'est beaucoup occupé, au point de vue du diagnostic différentiel de l'amaurose et de la cataracte, de préciser la nature et la couleur des objets imaginaires dont les malades ont la sensation.

Les auteurs sont généralement d'accord sur ce point, que les individus affectés de cataracte ont la sensation d'un nuage grisâtre, blanchâtre, régulier ou irrégulier, qui recouvre les objets, et qui paraît interposé entre eux et l'œil affecté. Tous les malades que j'ai interrogés m'ont répondu dans ce sens, et aucun ne s'est plaint de voir des objets variés, inconstants, comme cela arrive pour les amaurotiques.

Pour ces derniers, en parcourant les observations que j'ai recueillies, je trouve que, dans un cas, le malade voyait des espèces de papillons toujours noirs, qui occupaient tout le champ de la vision et qui paraissaient surtout au moment du réveil; dans un autre cas, le malade voyait des espèces de bouquets jaunes, blancs, rouges, jamais noirs; dans deux cas il y avait un nuage blanc immobile devant les yeux, et qui devint rose plus tard chez un des malades : un autre comparait ce qu'il voyait à des fusées rouges, qui devinrent noires par la suite : dans deux cas, on n'a rien noté. Chez un malade dont je donnerai l'observation plus loin, on a noté quelque chose de fort singulier : c'étaient des points noirs, au nombre de douze environ, que le malade voyait distinctement, surtout lorsqu'il regardait un objet blanc, par exemple, les vitres dépolies qui garnissent les croisées de la salle : ces points étaient fixes dans leur place, et suivaient tous les mouvements des yeux : ils doivent être distingués de ceux, beaucoup plus fréquents, qui apparaissent par intervalles, et qui constituent des sensations passagères. Ils méritent une sérieuse attention, parce que cette fixité qui leur est particulière fait qu'on aurait pu les considérer comme tenant à une altération du cristallin; mais plusieurs raisons démontrent qu'il n'en était rien : ainsi, le fond de l'œil était très-net, ce qui n'aurait pas eu lieu si le cristallin avait été altéré; et, de plus, l'influence favorable du traitement par la strychnine, qui les a fait disparaître presque complétement, prouve bien qu'ils tenaient à une altération de la rétine. Du reste, des faits de cette nature ont déjà été observés, quoiqu'en général les auteurs n'y aient pas insisté assez fortement.

Ainsi donc, quoique cette particularité de taches immobiles dans le cas d'amaurose soit rare, il est bon d'être prévenu de sa possibilité, afin de ne pas confondre la maladie avec une cataracte commençante, cas dans lequel ces taches se présentent bien

plus souvent. Quant aux autres sensations éprouvées par les malades, on voit qu'elles sont très-diverses, mais que cependant elles diffèrent en général de celles qui sont perçues dans les cas de cataracte; et elles pourront aider à établir le diagnostic différentiel, chose importante et souvent difficile au début. Si l'on se reporte à la couleur des objets perçus, on voit qu'elle varie beaucoup ; mais, en général, elle commence par la couleur rouge, blanche, grise, pour finir d'ordinaire par le noir. Toutefois, cette dernière couleur ne doit pas faire porter un pronostic plus fâcheux, indépendamment des autres circonstances, car on verra plus loin que l'amélioration par la strychnine a eu lieu également dans ce cas.

III. — *Du traitement de l'amaurose par la noix vomique.*

J'arrive actuellement au traitement de l'amaurose par la noix vomique, et je fais remarquer de nouveau qu'il s'agit de l'amaurose incomplète. La connaissance des causes très-diverses auxquelles l'amaurose peut être due a fait voir depuis longtemps que le traitement de cette maladie devait varier singulièrement suivant les cas particuliers; et la noix vomique, pas plus que les autres agents thérapeutiques, n'est destinée à être employée inconsidérément dans tous les cas. Il faut donc, avant tout, chercher à préciser ceux dans lesquels on devra y recourir. Certaines amauroses, à leur début, paraissent tenir à un état de pléthore du sujet, d'autres à l'anémie, d'autres à une fatigue excessive de l'œil, etc. La cause accidentelle de la maladie étant connue, on la combat par les moyens appropriés, et souvent on réussit à faire disparaître ainsi l'amaurose; mais souvent aussi la maladie reste stationnaire, ou même fait des progrès, et, à mesure qu'elle se développe, elle paraît s'isoler pour ainsi dire de la cause qui l'a produite, la pléthore par exemple; de sorte qu'on a beaucoup moins d'action sur l'amaurose à cette période de la maladie qu'on n'en avait dans le commencement. Elle prend pour ainsi dire un autre caractère; l'iris devient immobile, et les objets imaginaires perçus par les malades ont une couleur noire, comme on l'a vu d'après les observations précédentes. En un mot, l'amaurose prend la forme désignée par les Allemands sous le nom d'*amaurose torpide*, forme dans laquelle la rétine paraît éprouver une altération plus notable, une sorte de paralysie. Cette forme peut succéder à plusieurs autres dont elle est comme le second degré; mais elle peut aussi se développer d'emblée, comme le prouvent les observations des auteurs allemands. L'idée que cette espèce d'amaurose tenait à une paralysie de la rétine a porté à essayer la strychnine, qui, comme on sait, a souvent une action favorable sur les paralysies.

C'est ordinairement à l'extérieur, par la méthode endermique, que s'administre le principe actif de la noix vomique. Les inconvénients de ce mode d'administration ont cependant été déjà signalés par quelques personnes, et ils paraissent être de nature à le faire rejeter dans le plus grand nombre des cas. On sait, en effet, qu'au bout de quelques jours d'application du vésicatoire, la surface dénudée n'est plus apte à absorber les substances placées en contact avec elle : de plus, le contact de la strychnine sur cette surface, contact quelquefois fort douloureux et produisant un vif sentiment de brûlure, détermine souvent la formation de fausses membranes, de petites escarres, qui s'opposent encore davantage à l'absorption. De sorte qu'il arrive, comme on le voit dans les observations suivantes, que la strychnine agit dans les premiers jours, puis que toute action cesse, quoiqu'on en applique la dose très-considérable de 4, 5 et 6 centigrammes en une seule fois. Il est évident alors qu'il n'y a pas absorption, puisqu'en donnant la noix vomique à l'intérieur à moindre dose proportionnellement que la strychnine, on produit les secousses caractéristiques. L'application de la strychnine par la méthode endermique n'a pas seulement l'inconvénient de donner un résultat infidèle, elle peut entraîner de graves dangers; car, si croyant le médicament absorbé, on continue des doses de 6 centigrammes, par exemple, et qu'on les applique sans distinction sur les anciens vésicatoires, puis sur un nouveau qu'on aura établi parce que l'ancien était sec, on comprend ce qui en pourra résulter.

La strychnine est trop active pour être facilement employée à l'intérieur : on la remplace alors par le médicament dont elle est tirée, la noix vomique, dont on donne l'extrait en pilules de 5 centigrammes : d'abord une, puis deux, et ainsi jusqu'à ce qu'il y ait des secousses produites dans les membres.

Sur les quatre cas que j'ai vu traiter par ce moyen dans le service de M. Malgaigne, il y a eu amélioration extrêmement prononcée dans deux cas. (*Voir plus loin les observations.*) Dans les deux autres cas, le traitement n'a rien produit.

Des deux insuccès, l'un avait pour sujet un enfant de quinze ans, chez lequel l'amaurose *complète* datait de quatre mois. Elle était survenue progressivement, à la suite de violents maux de tête : il y avait dilatation très-considérable des pupilles, immobilité complète des iris. L'autre malade était un homme de trente-huit ans, corroyeur, amaurotique sans cause connue depuis huit mois : au moment de l'entrée, il pouvait lire encore les caractères de un centimètre de hauteur, les pupilles étaient très-dilatées, à peine mobiles, les yeux très-saillants. Il sortit dans le même état.

On voit que ces deux cas étaient peu favorables à l'action de tout traitement; ils pouvaient rentrer dans les amauroses incurables.

Les deux faits suivants forment avec ceux-ci un contraste frappant, car ils montrent l'influence favorable de ce traitement dans les cas où il est permis de conserver l'espoir de la guérison. Dans ces deux cas, les inconvénients de l'application par la méthode endermique étaient si évidents, qu'on a été forcé de recourir à l'administration interne du médicament.

Obs. II. — *Amaurose incomplète, survenue pour la seconde fois; traitement par la strychnine et la noix vomique; amélioration très-notable après six semaines.* — Vantadoure, âgé de 38 ans, maçon, d'une bonne constitution, se portant très-bien d'habitude, a commencé à sentir

sa vue s'affaiblir il y a un an. Deux mois auparavant, il avait eu une congestion cérébrale, pendant laquelle il resta sans connaissance sur le plancher où il était tombé. Il était autrefois sujet à des hémorrhoïdes qui lui faisaient perdre du sang tous les trois ou quatre jours en assez grande abondance; il n'en a plus vu fluer depuis dix-huit mois.

Le 29 juin 1842, il commença à s'apercevoir que la vue du côté gauche était moins bonne que d'habitude ; cet état existait depuis un mois, lorsqu'il remarqua des flammèches rouges, des fusées rouges, surtout lorsqu'il était baissé : cela dura un mois, après quoi elles devinrent noires ; puis il finit par ne plus pouvoir compter ses doigts.

Ce ne fut que neuf mois après la maladie de l'œil gauche que le droit commença à s'affaiblir. De ce côté il ne vit que des mouches noires, jamais de rouges ; du reste, sauf ces mouches, la vue est parfaitement conservée de ce côté, car il distingue l'heure sur un cadran placé à une distance de cent mètres environ, et il dit qu'il pourrait distinguer beaucoup plus loin.

Entré à l'hôpital des Cliniques, le 20 juin 1843, il est dans l'état suivant : bonne constitution générale, appétit ; l'œil gauche est, dit-il, comme couvert d'un épais grillage, et permet à peine la perception de la lumière ; il ne voit pas de mouches de ce côté, la pupille, moyennement dilatée, présente une contractilité presque insensible : l'œil droit est également très-net, la pupille est d'un beau noir, il voit de cet œil une douzaine de mouches noires qui suivent tous les mouvements des yeux, et restent immobiles lorsque ceux-ci le sont : ces mouches, toujours perçues de la même manière par le malade, le sont plus nettement lorsqu'il regarde un corps blanc, comme les vitres dépolies de la fenêtre. Depuis longtemps, il a des maux de tête violents, et plus intenses du côté gauche que du droit. On les a soulagés au moyen de sangsues à l'anus, de saignées générales et de pédiluves. Les saignées n'ont paru avoir aucune action sur la vue.

On applique à plusieurs reprises des vésicatoires aux tempes, et on les saupoudre avec des quantités variables de strychnine : on va jusqu'à six centigrammes par jour. Trois portions d'aliments.

Le 17 juillet, depuis quelques jours, à l'occasion de l'application d'un nouveau vésicatoire, il a ressenti à plusieurs reprises des douleurs vives dans les membres : les yeux sont dans l'état suivant : du côté droit, au lieu d'une douzaine de mouches, il n'y en a plus que quatre que le malade compte très-bien ; du reste, la vue de ce côté est toujours bonne. Du côté gauche, le malade voit plus nettement ; il commence à distinguer le numéro de son lit ; il voit des étincelles noires qui, depuis quelque temps, deviennent rouges par intervalles ; de plus, il voit comme de petits soleils blancs et brillants qui roulent continuellement devant les yeux : ces derniers corps existent devant les yeux depuis six mois, sans augmentation ni diminution.

Comme la strychnine par la méthode endermique donne des résultats variables d'un jour à l'autre, on ajoute une pilule de 4 centigrammes d'extrait de noix vomique.

Le 25, les quatre taches sont beaucoup moins fortes qu'auparavant ; il y en a trois qui sont presque imperceptibles, et qui étaient grosses, dit-il, comme des mouches. La vue s'affermit ; le jour est plus clair, et il distingue mieux les couleurs ; ce qui n'existait pas auparavant, car le rouge lui paraissait jaune.

On continue le vésicatoire, pansé avec six centigrammes de strychnine, plus une pilule d'extrait de noix vomique. Quatre portions.

Le 26, on donne 2 pilules d'extrait de noix vomique. Le malade n'éprouve plus de douleur dans les membres, l'amélioration continue, les mouches sont moins grosses.

Le 3 août, le malade prend trois pilules. On supprime les vésicatoires. La vue devient de plus en plus nette ; il distingue la pluie qui tombe, et voit les mouches qui voltigent dans la salle. Les quatre taches noires, devenues actuellement blanchâtres, sont plus rapprochées et bien moins grosses. De l'œil gauche, qui était le plus malade, il distingue nettement tous les objets, tandis qu'avant d'entrer, il ne pouvait même compter ses doigts. Il ressent des douleurs vives dans l'orbite gauche. Les pupilles sont également dilatées et un peu plus larges qu'avant le traitement. Leur dilatabilité est aussi plus marquée ; on la distingue nettement, quoiqu'elle soit moins forte que chez la plupart des individus sains. Il ne voyait pas assez pour travailler lors de son entrée, mais il compte pouvoir le faire facilement actuellement. Par moment il distingue des flammèches rouges ; plus de noires.

Sort en bon état le 5 août.

Obs. III. — *Amaurose avec diplopie ; traitement par la strychnine appliquée sur les vésicatoires ; effet nul ; extrait de noix vomique à l'intérieur ; guérison.* — Joseph Lesanne, âgé de 46 ans, cordonnier. Cet homme, d'une excellente constitution, né de parents sains et qui n'ont jamais rien présenté de particulier quant à la vue, était très-bien portant, lorsqu'il y a un an il commença à s'apercevoir que sa vue baissait ; il voyait à ce moment les objets doubles ; quelquefois il voyait devant les yeux des taches blanches : jamais il n'y avait d'étincelles ni de mouches.

Il fut traité par des collyres, des saignées, des pédiluves ; et, au bout de trois mois, la vue était améliorée au point qu'il put reprendre son état.

Depuis six semaines, la vue s'est perdue de nouveau, et bientôt il n'a plus été en état de travailler ; il recommença alors à voir double, et même il lui semblait par moment qu'il voyait trois ou quatre objets au lieu d'un seul. En même temps il voyait danser devant ses yeux des bouquets rouges, blancs, jaunes ; jamais il n'y en avait de noirs. Pas de douleur de tête, bon état du reste.

Entré à l'hôpital des Cliniques le 24 juin 1844, il se trouve dans l'état décrit précédemment, sauf qu'il ne voit plus double. Il voit à se conduire, mais pas assez pour lire ou travailler ; l'ouverture des pupilles a la largeur normale, 2 à 3 millimètres, la dilatabilité en est très-obscure, et demande de l'attention pour être aperçue ; le fond de l'œil est noir.

On applique aux tempes des vésicatoires qu'on saupoudre de strychnine, en augmentant la dose de-

puis 1 jusqu'à 6 centigrammes : on ne remarque aucun effet ni sur les yeux ni sur les membres.

Le 3 juillet, on suspend les vésicatoires, et on donne l'extrait de noix vomique à l'intérieur ; d'abord une pilule de 5 centigrammes. Trois portions d'aliments.

Le 11, le malade prend trois pilules. Il n'a pas éprouvé de secousses dans les membres; il commence à voir un peu mieux, et distingue pendant un moment le cadran placé à cent mètres environ dans la cour. Depuis huit à dix jours il ne voit plus rien danser devant ses yeux.

On porte successivement jusqu'à cinq par jour le nombre des pilules. Malgré cette active médication, il n'a jamais éprouvé de secousses dans les membres. La vue s'améliore de plus en plus ; actuellement, 20 juillet, il distingue facilement le cadran, même par un temps sombre; il joue facilement aux cartes, ce qu'il ne pouvait faire à son arrivée ; la vision est nette.

Il sort guéri au bout de six semaines de séjour.

---

14. *Recherches pratiques et raisonnées sur les résections des extrémités articulaires des os ;* par ALPH. GUÉPRATTE, chirurgien-major de la Marine.

(Suite. Voir Encycl., t. 142, juin 1844, p. 99.)

(Gazette médicale de Montpellier, juin et juillet 1844.)

Méthode à un lambeau. — M. Syme a évité l'erreur de Sabatier ; il conserve toutes les parties qu'il soulève. Son procédé consiste en un lambeau limité en avant par l'incision de White, en arrière par une incision oblique, plus courte, dirigée vers l'épine du scapulum. Il s'écarte des deux tubérosités humérales, et se crée bénévolement des difficultés qu'il aurait ignorées en portant le second coup de bistouri en haut et en avant, de manière à tomber dans l'espace celluleux delto-pectoral. Ce serait toujours un triangle rectangle, relevé sur le petit côté de l'angle droit ; il suffirait dans la pluralité des circonstances ; il permettrait, sans tiraillements, de s'assurer de l'état des organes profonds, de diviser nettement les tendons qui doivent l'être, la capsule, de lier les circonflexes, de respecter les vaisseaux et les nerfs principaux. En un mot, nous lui reconnaîtrions plus de qualités qu'à celui du professeur Baudens. Dans un lambeau, quel qu'il soit, redoutez les angles et surtout les angles aigus, nous répétait constamment M. Foullioy, à sa clinique de l'hôpital Clermont-Tonnerre, à Brest. Cette recommandation est celle de l'expérience ; elle ne saurait être oubliée sans quelques regrets ; aussi ne suivrons-nous encore les errements du docteur Syme que dans une absolue nécessité.

Moreau, de Bar-sur-Ornain, 1786, un des premiers partisans et des partisans les plus zélés, les plus habiles des résections articulaires, mécontent de l'état de la science; de la timidité avec laquelle on découvrait les jointures malades, proposa un lambeau quadrilatère ; malheureusement il en mit la base en bas. Deux incisions verticales de 8 centimètres de longueur répondent aux bords antérieur et postérieur du deltoïde, et une troisième, horizontale, les réunit en effleurant l'acromion. Ainsi il met l'articulation largement à nu, isole l'humérus sans entraves, le scie sans la moindre gêne.

En allant à la recherche d'un procédé facile et prompt, craignons de tomber dans une faute opposée à celle que nous condamnions tout à l'heure. Entre une simple incision et un aussi vaste lambeau, il est un *mezzo termine* qu'il ne faut jamais perdre de vue. En suivant la conduite de ce chirurgien dont le nom honore justement notre profession, la réunion est très-difficile, et, quoi qu'on fasse, on n'empêche jamais les matières de s'accumuler, et une contre-ouverture y obvierait avec peine. Je ne comprends pas que Moreau n'ait pas eu l'idée de tailler le lambeau de Lafaye, d'agir comme Maune l'a fait plus tard. Cependant ne soyons pas injuste, ne poussons pas la critique trop loin ; il mérite des éloges : dans le cas de carie double, à l'humérus, à l'omoplate, voire même à la clavicule, son procédé acquiert de la valeur. Hors ces exceptions, il met trop de parties à l'air libre.

« N'est-il pas de règle, dans l'amputation à un lambeau, de tailler toujours celui-ci de manière à ce qu'il soit adhérent par en haut, libre par sa partie déclive? Et lorsque, exceptionnellement, on est obligé d'agir autrement, M. Blandin n'a-t-il pas conseillé d'inciser le lambeau à sa base plutôt que d'attendre la stagnation du pus que cette disposition vicieuse amènerait infailliblement?

Cette règle de l'amputation est une règle de la résection ; Maune l'a bien comprise. Le deltoïde seul compose son lambeau. Epais supérieurement, peu susceptible de mortification, il se relève avec l'aisance désirable, il donne toute liberté de voir et d'agir profondément. Il est pourtant une modification à y apporter : celle que Dupuytren a adoptée pour l'ablation du bras, consistant à arrondir les angles du lambeau de Lafaye. Elle n'a point échappé à Morel : c'est la conduite qu'il tient. La résection de l'humérus est souvent nécessitée par une fracture comminutive, suite de coup de feu, de chute, etc. Il serait alors irrationnel de tailler ce lambeau de dedans en dehors ; sur un fragment, sur une esquille, la pointe de l'instrument se briserait ou dévierait, et lui donnerait une irrégularité affligeante. Pour ces raisons, nous aimons mieux, à l'exemple de M. l'inspecteur-adjoint du service de santé, circonscrire le deltoïde par une incision courbe, demi-ovalaire, et le détacher des os, le relever en tranchant à grands traits le tissu cellulaire qui le retient. Alors, sans rien bouger, se voient la capsule et plus immédiatement les attaches inférieures des sus et sous-épineux et du petit rond, et en mettant le bras dans la supination, celle du sous-scapulaire ; très-aisément on atteint la longue portion du biceps, le grand pectoral, le grand dorsal. C'est le parti qu'a pris le docteur Hello, à Cherbourg, en 1841, et le brillant succès qu'il a obtenu en peu de temps fait l'éloge de ce *modus operandi.*

Voilà, selon nous, ce que nous possédons de mieux aujourd'hui. On aurait tort d'en conclure que nous voulons l'abolition de tous les autres procédés ; car le plus imparfait peut devenir obligatoire et mériter les plus beaux éloges. Deux cas pathologi-

ques ne sont jamais d'une parfaite identité ; la même opération ne saurait donc pas deux fois de suite se pratiquer identiquement de la même manière.

En définitive, la résection de l'humérus a pris rang pour toujours parmi les opérations les plus utiles. Il n'en est malheureusement pas de même de celle du fémur, et je ne sache pas que nos annales renferment de cette dernière deux guérisons exemptes de reproches, dignes d'admiration.

Résection du fémur en haut. — White, encouragé par le beau succès de sa résection humérale, et frappé de l'analogie anatomique que la nature a établie entre le membre thoracique et le membre pelvien, pose pour la cuisse le procédé qu'il suit pour le bras. Il réséqua 0m108 (4 pouces) de fémur chez un jeune homme qui survécut quatre ans. Il parvint à l'articulation coxo-fémorale par une simple incision verticale, à la partie supérieure externe. Les difficultés sont ici plus grandes qu'à l'épaule ; elles sont une conséquence immédiate de l'organisation, de l'anatomie topographique, dues au nombre et au volume des muscles qui recouvrent le squelette, à l'épaisseur qu'ils offrent au tranchant du couteau, au vide ou cul-de-sac qu'ils laisseront au sang et au pus, à la longueur du col, à son obliquité, à la profondeur de la cavité cotyloïde, aux moyens d'union internes, aux tiraillements nécessités pour en faire sortir la tête, la conduire au dehors, avant tout, à la richesse de la circulation dont les conduits ne sauraient être suffisamment épargnés ; au haut de la cuisse, au voisinage du col du fémur, de la circulation qu'il s'agit de détruire, se déroule un réseau inextricable de vaisseaux assez volumineux : les divisions terminales de la fessière, de l'ischiatique, des branches de la crurale, de la profonde, de sa circonflexe interne, de la branche articulaire fort remarquable, etc., de la première perforante, etc., etc. D'après cet aperçu rapide et incomplet, comment concevoir l'espérance de plonger sûrement à une telle profondeur, de ne point avoir à redouter un épanchement funeste, en opérant à travers une simple boutonnière qui vous laisse si difficilement toucher et voir ?

Aussi les auteurs se sont-ils accordés à préférer un lambeau ; ils ne sont en dissidence que sur la forme à lui donner : l'un le veut *triangulaire*, l'autre *carré*, un troisième *ovalaire ;* ce dernier est conseillé par M. Velpeau. Nous l'adoptons parce que les angles, dans toute opération, ont une tendance à se recoquiller, contrarient la réunion immédiate, s'opposent à une cicatrisation prompte et régulière. Le lambeau est indispensable, on le prouve en deux mots : par lui, on va à la rencontre des artères ouvertes, on prévient un épanchement, on débarrasse le fond de la plaie des caillots, de la fibrine, levain d'inflammation, d'abcès, de carie, de dégats insurmontables, etc. Il sera, nous croyons, dans les limites, dans les proportions convenables en allant de l'ischion à deux travers de doigt de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; disséqué, il laissera sous les yeux la capsule, l'articulation ouverte, et le deboîtement, encore laborieux, s'opérera avec une aisance incomparablement plus profitable.

Cette opération a-t-elle été essayée par les docteurs Schmatz et Hewson, comme le prétend Jœger ? Pour l'affirmer ou le nier, nous manquons de données suffisantes.

Malgré les souffrances qui l'accompagnent et les accidents consécutifs possibles, le manuel opératoire serait tolérable si le but vers lequel tendent nos soins et nos vœux était généralement atteint, si le membre reprenait le plus souvent la solidité sans laquelle un moyen prothétique lui est préférable. Malheureusement il n'en est pas ainsi. La partie réséquée ne se régénère pas comme on le supposait autrefois ; la cavité cotyloïde se comble toujours, et le fémur se soude à l'os iliaque, ou s'unit à lui par une fausse articulation. La première terminaison est celle qu'on désire ; la seconde est la plus commune, et la cuisse, d'une mobilité extrême, n'a plus la solidité requise ; manquant de point d'appui, centre de ses mouvements, les muscles sont impuissants, ne la portent plus au gré de notre volonté ; elle traîne, incommode, fatigue incessamment. Cette résection ne peut être que rarement fructueuse. Cet aveu est pénible sans doute ; nous nous garderions de le dissimuler : c'est celui de l'expérience, d'une expérience, il est vrai, méticuleuse, mais à laquelle nous croyons, au souvenir des écueils que l'anatomie de la région met au devant du bistouri.

Récemment, M. Seutin, suivant la marche de White, a enlevé 0m160 (6 pouces) de fémur chez un jeune soldat, pour un fracas d'os. Le blessé est mort le neuvième jour. (Malgaigne, *Manuel de médecine opératoire.*)

A la place de cet habile chirurgien, toutes choses égales d'ailleurs, nous eussions mieux aimé la désarticulation totale : elle promettait, il nous semble, plus de chances de salut et un résultat plus utile ; car nous nous demandons à quoi peut servir un membre pelvien qui a perdu 0m160 de son os principal, alors qu'on obtiendrait une ankylose solide, ce qui échappe si fréquemment au sein de conditions pareilles. Cette réflexion est celle qu'a à se faire le praticien avant de commencer, avant même d'arrêter une opération ; il est de son devoir, en effet, de supposer l'homme guéri, et de se rendre un compte exact du parti qu'il sera susceptible de retirer des organes qu'on lui conserve ; si le résultat le plus heureux auquel il puisse prétendre est une infirmité pénible, il changera de résolution, oubliera l'opération projetée pour une opération moins funeste par ses suites ; l'étendue du sacrifice n'est que secondaire lorsqu'il assure le retour à la santé. Ici il n'y avait pas à hésiter. Cette franchise avec laquelle nous exprimons notre opinion ne nous empêche pas de rester admirateur du talent si reconnu de M. Seutin.

« Il ne me paraît pas impossible que cette résection, pratiquée pour des plaies d'armes à feu, soit quelquefois utile ; et peut-être, dans certains cas, serait-elle préférable à l'amputation dans l'article. » Nous partageons ce jugement de M. J. V. Gerdy. Nous le trouvons trop sévère lorsqu'il ajoute : « Pour les caries et les luxations spontanées, on ne saurait évidemment tenter une pareille ressource. » Nous nous rappelons avoir entendu plusieurs fois M. Foullioy, dont la parole fait foi en matière chirurgicale, parler, à sa clinique, des espérances que lui avait

offertes cette résection chez un jeune homme atteint de coxalgie en 1827, 1828 ou 1829. Voici cette histoire en deux mots : Le sujet était un enfant de Recouvrance, issu de parents peu fortunés, sains, bien portants; il avait, si notre souvenir est fidèle, 14 ou 15 ans; maigre, affaibli, étiolé, la fièvre hectique en faisait lentement sa proie. Depuis une vingtaine de mois, la tête fémorale était sortie de sa cavité, et occupait la fosse iliaque externe; la peau à peu près seule la séparait de l'extérieur, et tout donnait à penser que la carie avait débuté par l'os de la cuisse et se concentrait en lui, qu'elle n'avait point envahi le coxal. Ce diagnostic, dont l'autopsie plus tard a démontré l'exactitude, était rassurant, encourageant : la résection fut proposée. Les parents s'y opposèrent. L'indication était formelle : la nature avait disposé à l'opération; un lambeau ovalaire eût mis promptement et sans perte de sang la partie cariée sous les dents de la scie, et la temporisation c'était la mort. Aussi cet habile opérateur a-t-il souvent regretté de n'avoir pu vaincre la résistance de la famille.

Résection du coude. — La résection du coude a un brillant avenir; avant peu elle sera d'une application journalière. Cette ressource précieuse, si longtemps méconnue, a été enfin présentée et discutée avec chaleur par les plus respectables autorités de notre époque. En mainte conjoncture, elle suppléera désormais l'amputation, et la conservation d'un membre, serait-il ankylosé, est d'un prix si évident, que tout commentaire est superflu. Par des tableaux numériques d'une éloquence mathématique, M. le docteur Thore, dans sa thèse inaugurale, plaide habilement pour elle; il confirme les prévisions que nous prenions tout à l'heure dans le journal de M. Malgaigne (janvier 1843), ou au moins il leur donne du poids. Bref, c'est une opération très-praticable et si avantageuse par ses résultats, que l'amputation du membre doit être prescrite toutes les fois qu'elle peut être tentée.

L'idée de cette résection remonte à la fin du XVIIIe siècle. Proposée par Park, de Liverpool, en 1781, elle fut mise en pratique un peu plus tard par Wermandais, par Moreau père, puis par les professeurs Roux et Dupuytren.

Park recommandait une seule incision longitudinale sur la ligne médiane de la face postérieure de l'articulation, se réservant la faculté de la rendre cruciale, selon l'opportunité. Ce n'est donc encore qu'une copie du procédé de White pour l'épaule, que des difficultés convenables l'ont engagé à modifier exceptionnellement par une seconde incision perpendiculaire à la première. Nous ne la transcrivons que pour ne rien enlever à l'histoire; l'incision unique est généralement insuffisante; l'incision cruciale fournit quatre lambeaux triangulaires, embarrassants. Le tampon de charpie dont il prétendait user pour combler le vide était mal raisonné; il défendait une guérison prompte. Une réunion immédiate est rare sans doute, mais elle n'est point impossible; s'entêter à l'empêcher, compromettre la solidité de la cicatrice, menacer d'accidents qu'on ne saurait trop avoir à cœur de prévenir, serait commettre une faute que l'époque actuelle ne pardonnerait jamais.

Moreau a apprécié ce que cette conduite avait de défectueux : aussi s'en est-il justement écarté, et nous trouvons dans sa pratique un modèle à suivre. Pour la mieux comprendre, la mieux raisonner, traçons avec brièveté l'anatomie de la région : les limites du coude ne sont point clairement tracées par la nature; nous, nous les mettons à deux travers de doigt au-dessus et au-dessous de la ligne droite menée de l'épitrochlée à l'épicondyle; l'articulation en est le *centre* ou *medium*. Elle est formée par la rencontre du radius et du cubitus avec l'humérus; la jointure est un ginglyme angulaire sous-cutané en arrière, abrité en avant et sur les côtés par des faisceaux charnus, protecteurs des vaisseaux et des nerfs principaux. La position de ces muscles dessine nettement l'espace dans lequel les instruments peuvent agir. Une trochlée, une petite tête et deux tubérosites (épicondyle, épitrochlée) terminent l'humérus inférieurement; les deux os de l'avant-bras, qu'un ligament annulaire unit étroitement en haut, sont creusés pour recevoir la tête et la trochlée; l'olécrâne borne en arrière l'extension, prévient l'échappement de l'humérus dans ce sens ou sa luxation; il y a deux liens latéraux fibreux, solides; ceux qu'il serait naturel de chercher en avant et en arrière sont remplacés ici par le tendon du triceps, là par les tendons du brachial antérieur et du biceps. Le brachial antérieur écarte de l'humérus et de l'article l'artère brachiale qui, à sa terminaison, occupe le milieu du pli du coude, et ses deux divisions (radiale et cubitale) se cachent dès leur naissance, celle-ci sous les muscles de la région superficielle de l'avant-bras, celle-là sous ceux de la région radiale; sur les côtés sont les récurrentes radiales et cubitales, qui s'anastomosent avec l'humérale profonde et la collatérale interne; le nerf médian repose également sur le brachial antérieur pour se plonger après entre les couches musculaires anti-brachiales superficielle et profonde. Les veines apparentes ou cachées sont spécialement situées en avant, et, comme les artères, à l'abri du tranchant des instruments. Latéralement, l'épicondyle et l'épitrochlée font relief sous la peau, en arrière l'olécrâne et le tendon du triceps; le nerf cubital, en dedans de ceux-ci, passe sur la face postérieure de la tubérosité épitrochléenne, et il n'y a pas en ces lieux de vaisseau important. N'est-ce pas un champ suffisamment libre pour découvrir l'humérus seul, ou avec lui le radius et le cubitus? Opérant dans cet intervalle, l'olécrâne est sans doute un obstacle au déboîtement; mais on l'affaiblit sensiblement en sciant au préalable l'os du bras à la hauteur exigée, si l'on tient à ne point sacrifier la tête du coude, comme cela nous paraît assez convenable, à l'exemple du chirurgien de Bar.

Voici la description que Moreau fils nous a laissée de son procédé (thèse sur les résections, Paris, 1803) : « On disposa, vis à vis une croisée très-éclairée, une table haute de 4 pieds, que l'on couvrit d'un matelas sur lequel le malade fut couché sur le ventre, de sorte que le bras se trouvait sur un des bords de la table, et présentait à l'opérateur la face postérieure et interne de l'articulation. Cette situation exige un appareil effrayant; mais si l'on fait attention que le chirurgien est à son aise, que le patient,

qui a de grandes douleurs à supporter, peut être facilement maintenu, que le bras se présente convenablement, on conviendra que j'ai dû me conduire ainsi.

Après avoir appliqué le garot sur le tiers supérieur du bras, pour s'opposer à l'effusion du sang et diminuer les douleurs, je le confiai à un aide intelligent. Le bras étant à demi-fléchi, je plongeai un scalpel à dos sur la crête du condyle interne, à deux pouces au-dessus de sa tubérosité ; et, en me dirigeant sur la même ligne, j'allongeai l'incision jusqu'à l'articulation. J'en fis autant pour l'autre côté. Alors je réunis ces deux plaies par une section transversale qui coupait la peau et le tendon du biceps brachial immédiatement au-dessus de l'olécrâne.

Par ce procédé, j'avais un lambeau quadrilatère, dont un des bords tenait aux chairs de la face postérieure du bras. Je le détachai de l'os en le disséquant de bas en haut, et le fis soutenir par un aide.

L'humérus se trouvant à découvert, je le lavai, je l'essuyai avec une éponge pour m'assurer de son état. Il était gonflé, couvert d'aspérités ; l'articulation était abreuvée de pus, et remplie par des fongosités qui tenaient la place des cartilages entièrement disparus. Il n'y avait plus de doute sur la nécessité d'enlever cette partie ; mais voulant m'assurer si la carie en pénétrait toute la substance, j'en enlevai un peu avec une gouge : cette épreuve me décida ; alors, je détachai les chairs qui adhèrent à la partie antérieure de l'os, au-dessus des condyles, avec la précaution de diriger la pointe de mon instrument au moyen du doigt indicateur de la main gauche ; et, dès que je pus passer le manche d'un scalpel, je l'y laissai et je sciai par-dessus. J'achevai d'enlever la pièce en la relevant et en la détachant de ce qui pouvait la retenir. M'étant aperçu que l'humérus était encore altéré plus haut, je fus obligé d'en enlever six ou huit lignes de plus.

Le plus difficile de mon opération restait à faire, car j'avais encore à enlever l'extrémité supérieure des deux os de l'avant-bras.

Mon premier lambeau ne suffisait plus ; il fallut en faire un autre ; je prolongeai l'incision du condyle externe le long du bord externe de la partie supérieure du radius ; je séparai la tête de cet os des parties environnantes ; je détruisis son union avec le cubitus, et j'introduisis entre eux une bandelette de linge pour éloigner les chairs qui auraient pu être blessées par la scie. Je le sciai près de l'attache bicipitale que j'eus le bonheur de conserver : trouvant encore quelques cellules remplies de pus, je les enlevai avec la gouge, sans toucher à la substance compacte qui les renfermait.

Je découvris ensuite le cubitus par une nouvelle incision qui correspondait à celle du condyle interne de l'humérus ; elle me produisit, avec la pareille que je venais de faire pour le radius, un lambeau quadrilatère qui, par un de ses côtés, tenait aux chairs de la face postérieure de l'avant-bras ; je le détachai de la partie de l'os que je voulais emporter ; je séparai celle-ci de tout ce qui s'y attachait ; et, après avoir laissé une bandelette de linge entre elle et les chairs, j'en sciai environ un pouce et demi, près du sommet de l'olécrâne. Le reste de l'os étant sain, excepté quelques cellules médullaires, je les emportai comme celles du radius.

On conçoit que la plaie résultant de cette opération était énorme ; cependant on verra bientôt que sa guérison fut aussi prompte que celle d'une simple solution de continuité. Elle fut lavée, le tourniquet relâché ; deux ou trois petits vaisseaux donnaient : j'en fis la ligature.

Je rapprochai les deux lambeaux, et les maintins par deux points de suture entrecoupée ; j'en pratiquai encore deux pour chaque plaie longitudinale, dont un appartenait au lambeau du bras, et l'autre à celui de l'avant-bras. »

Il se contentait donc d'un lambeau lorsque l'os du bras était seul altéré ; il en voulait deux lorsque le radius et le cubitus participaient à la maladie du premier ; il se préoccupait peu du nerf cubital qui courait presque toujours risque d'être sacrifié, comme dans la méthode de Park.

La conduite de Moreau père n'était point différente ; seulement il opérait son sujet assis.

Avec de faibles changements, c'est aussi celle de Dupuytren. Ce célèbre opérateur pratiquait deux lambeaux ; dans tous les cas, il donnait un trait de scie à la base de l'olécrâne, ce qui n'est peut-être pas un progrès : il apprit, par exemple, combien il est important de protéger le nerf cubital, comment on lui conserve cette intégrité sans laquelle la main perd une partie de sa sensibilité, de ses fonctions.

Jeffray se contente des deux incisions qui limitent latéralement les lambeaux de Moreau, de Dupuytren, et, sous ce pont qu'il isole, il pratique la résection. Par le désir d'innover, il se prive de l'inappréciable avantage de se rendre un compte exact des dégats ; il se condamne à conduire dans l'obscurité le bistouri et la scie. Et pourquoi ? Diminue-t-il le danger en supprimant l'incision qui convertit ce point en un lambeau ? non sans doute, car cette réserve l'oblige à des tiraillements, source évidente de complications, l'expose à des lésions vasculaires, et, de plus, elle refuse au pus un libre cours.

Maune craint d'avoir trop de peau, de la voir flotter, se mortifier ; en conséquence, il fait un lambeau de dimensions proportionnées aux désordres, convexe en bas, et il en rescise un ou deux travers de doigt, selon le degré du sacrifice osseux, par une quatrième incision parallèle à la convexité inférieure. Dans le cours de son manuel, il diffère peu, du reste, de Moreau, etc. Sa crainte est-elle fondée ? a-t-on jamais trop de tégument ? nous ne le pensons pas. Ici, comme dans l'amputation en général, beaucoup de peau nuit peu ; un excès dans l'autre sens est très-préjudiciable ; il compromet les chances les plus favorables. Que font ici des rides, des plis même après la guérison ? Vous rendrez-vous maître, au contraire, de l'inflammation qui naît de l'emprisonnement étroit dans lequel vous tenez muscles et os ? En rognant la peau, vous lui défendez de se rétracter, de se retirer, et son retrait va parfois très-loin ; si elle ne se conforme pas à votre vouloir, elle se coupe, s'use, se perfore, et

vous n'échappez pas aux exfoliations, causes de retard, de tourments, de chagrins prolongés. Remarquons enfin que le lambeau ne peut avoir un développement exagéré, embarrassant, puisque la résection n'est plus permise, le cède à l'amputation, quand la lésion osseuse dépasse des bornes assez restreintes.

Le procédé du professeur Velpeau est calqué sur celui de Moreau, que l'humérus seul soit altéré, ou qu'il faille raccourcir avec lui le radius et le cubitus. Pour éviter le nerf cubital, point essentiel, ses réflexions sont judicieuses; il émet quelques autres principes bons à méditer. Voici comment il s'exprime : « Le malade doit être couché sur le ventre ou au moins sur le côté sain. Un aide comprime l'artère humérale et soutient les parties molles du bras; une autre personne maintient l'avant-bras étendu. Le chirurgien, armé d'un bistouri droit, et placé en dehors, fait une première incision longue de deux pouces, sur le bord externe de l'humérus, commençant ou finissant sur l'épicondyle, et se prolongeant en haut de manière à séparer le muscle brachial de la partie externe du triceps; une deuxième incision tombe plutôt sur le côté de l'olécrâne que sur l'épitrochlée, afin de ne pas toucher au nerf cubital. Après avoir réuni ces deux premières plaies au moyen d'une incision transversale qui tranche en même temps le tendon du triceps, le lambeau est facile à disséquer et à relever. Un aide s'en empare, et si l'extrémité des os de l'avant-bras paraît saine, on s'occupe aussitôt de la résection de l'humérus. Dans le cas contraire, il faut prolonger par en bas les incisions latérales, et former un lambeau inférieur semblable au premier. Aussitôt que le nerf cubital est à découvert, on l'isole des brides qui le fixent à l'épitrochlée et à l'olécrâne; puis, pendant que l'avant-bras est étendu, on le porte au devant de la tubérosité interne de l'humérus, comme il a été dit tout à l'heure. Dès lors, l'opérateur retire en avant les chairs non divisées, et fléchit un peu le membre; sépare de la face antérieure de l'os, avec la pointe du bistouri, les fibres charnues, place au devant de l'humérus la plaque de bois, fait agir la scie, embrasse l'extrémité supérieure du fragment osseux qu'il veut enlever, en sépare tous les tissus à mesure qu'il le renverse d'avant en arrière et de haut en bas, coupe les ligaments antérieurs, le latéral externe, le latéral interne et le postérieur. Si la résection du radius et du cubitus doit être effectuée, il détache jusqu'au-dessous du mal la fin du muscle brachial antérieur, ainsi que du biceps, et termine en divisant les os d'un trait de scie d'avant en arrière ou d'arrière en avant, selon que paraît l'exiger ou le rendre plus commode l'état des parties. Dans ce cas aussi, il vaudrait mieux ne point désarticuler l'humérus, et arriver de suite à la section du radius et du cubitus, comme le conseille d'ailleurs M. Syme. Si les os de l'avant-bras sont parfaitement sains, on a peine à comprendre que l'excision de l'olécrâne puisse être utile. Lorsqu'ils sont malades, l'opération est nécessairement plus longue et plus grave, semble même n'offrir que très-peu de chances de succès, lorsqu'il faut les réséquer au-dessous de la tubérosité bicipitale du radius, puisqu'alors on détruit l'attache des deux principaux muscles fléchisseurs du membre. L'artère brachiale, séparée de l'humérus par un muscle épais, n'est jamais difficile à éviter. Elle courrait bien plus de risques s'il fallait descendre sur l'avant-bras jusqu'au niveau de sa bifurcation. Il est d'une grande importance de scier le cubitus et le radius au-dessus de l'insertion du brachial antérieur, du biceps surtout. Cependant M. Syme semble avoir porté la résection au delà du tendon de ces muscles, chez quelques malades qui n'en ont pas moins conservé les usages de la main. »

Ainsi donc, comme à Moreau, un seul lambeau lui suffit, lorsque l'humérus seul est à l'état pathologique, lambeau quadrilatère qui est celui de Lafaye; ce qui établit, entre cette résection et les précédentes, une liaison, une confraternité convenable, qui aide la mémoire de l'étudiant, abrège ses travaux. Avec nos idées précédemment émises, notre prédilection pour les incisions courbes, nous en arrondissons les angles.

Lorsque la carie s'étend au radius et au cubitus, deux lambeaux sont-ils indispensables? un seul, méthodiquement tracé, ne serait-il pas à même de répondre à la majorité des indications, *puisque la lésion dépassant des bornes assez restreintes*, la résection cesse d'être rationnelle? Nous le pensons, et nos exercices sur le cadavre parlent hautement dans ce sens. Voici ce que nous proposons : lambeau ovalaire en bas, terminé au sommet de l'olécrâne ou descendant un et deux travers de doigt au-dessous selon le diagnostic, mettant parfaitement à nu une partie ou la totalité de l'articulation; section de l'olécrâne, en cas de complication antibrachiale; elle n'a point d'inconvénient et facilite le travail; destruction de tous les liens articulaires; le bras, dans l'extension jusque-là, se porte dans la flexion; on dégarnit en haut l'humérus, comme on le fait dans l'amputation, puis on l'appuie sur une planche, on le coupe, on dégarnit le radius et le cubitus sans plus de difficulté et sans longueur; sans danger on achève l'opération.

Ce procédé nous paraît d'une exécution rapide : le lambeau disséqué et relevé, on scie l'olécrâne; la disjonction de la jointure devient un jeu; l'humérus, le radius et le cubitus, isolés des organes antérieurs que protége une attelle, tombent sous le tranchant de la scie. Pour éviter de compromettre le nerf cubital, dont la division paralyserait une partie de la main, il est convenable de donner le coup de bistouri qui borne en dedans le lambeau sur la crête interne de l'humérus, le plus en dedans possible de ce cordon nerveux qu'on conduit au devant de l'épitrochlée en effectuant la luxation; en cela les conseils de M. Velpeau sont inappréciables.

Deux points de suture, de la charpie mollette, un plumasseau, une compresse, et un bandage de Scultet, complètent l'appareil. La demi-flexion, sous bien des rapports, est la meilleure position à observer; elle assure au blessé, en cas de soudure, les usages les plus variés. On la maintient à la faveur d'une attelle coudée ou, mieux, articulée, permettant un peu d'extension, un peu de flexion dès qu'on juge ses légers mouvements innocents pour le moment, profitables pour l'avenir.

Des chirurgiens célèbres de notre époque,

M. Roux est un des chauds partisans des résections. Il en a pratiqué bon nombre, il compte de séduisants succès; nous ne saurions donc trop méditer les principes qu'il professe. Dans le principe, il a imité Moreau; plus tard il s'est demandé si, en entrant dans l'article par la face postéro-externe, il n'abrégerait pas le travail de cicatrisation sans rendre le manuel opératoire ni plus pénible ni plus long. Voici la marche qu'il a adoptée : le blessé, dans un lit un peu élevé, est couché sur le ventre; le membre thoracique est dans la demi-flexion et en dehors; il fait une incision sur la crête externe de l'humérus, longue de 6 à 7 centimètres, au-dessus de l'épicondyle, et qu'il prolonge au-dessous, dans la même direction d'une longueur égale. Une autre incision horizontale coupe la peau et le triceps au ras de l'olécrâne, et tombe sur le milieu de la première. Ainsi il a deux lambeaux triangulaires qui, soulevés, le mettent en présence des altérations. Suivant les circonstances si variables, on isole soit le radius, soit l'humérus. Le radius, par sa position superficielle, peut être facilement réséqué; d'autres fois on commence par l'humérus; on désarticule, et en rasant de très-près la partie interne du cubitus, on incise la gaîne du nerf cubital, on l'éloigne de la gouttière, on le repousse du côté des chairs. Nous empruntons ces détails à la thèse de M. A.M. Thore.

Ces règles, pour le professeur Roux, sont excellentes : les guérisons obtenues le confirment. Mais pour un chirurgien aussi remarquable, est-il un manuel réellement défectueux? Son habileté à guider l'instrument, sa prudence, sa prévoyance, son génie, aplanissent les difficultés. Le mérite de ce procédé ne nous semble pas aussi incontestable qu'on le dit; et, en opérant comme Moreau, M. Roux n'eût sans doute pas été plus malheureux. Son *modus operandi* est évidemment d'une exécution moins rapide, moins brillante; l'embarras ne peut être faible pour écarter le nerf, isoler le cubitus, le dégager, le mettre sous la scie, ce qui est l'affaire d'un moment lorsqu'un lambeau ovalaire est relevé. Voilà donc, pour d'autres que lui, pour des praticiens beaucoup moins expérimentés, des longueurs désolantes. Sont-elles compensées par des bénéfices ultérieurs? non : pour obtenir une ankylose ou une mobilité modérée, il faut éviter les déplacements, les mouvements, panser chaque jour sans en effectuer de sensibles, la première quinzaine surtout. Ici la plaie postéro-externe se présente heureusement pour remplir cette indication, tant que des accidents ne surviennent pas; mais pour isoler le cubitus, le découvrir, le couper, il a fallu des tiraillements; à sa place reste un vide, un cul-de-sac; un abcès s'y forme; le pus accumulé réclame une contre-ouverture, et tous les avantages attribués à la situation de la plaie s'évanouissent.

Malgré sa juste vénération pour le talent de son maître, le docteur A. M. Thore a cru une modification nécessaire. Voici celle qu'il propose : c'est encore une incision en T et postéro-externe, mais le trait vertical est sur la ligne médiane; il commence 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'olécrâne, et se termine 5 ou 6 centimètres au-dessous; un second trait horizontal, perpendiculaire à celui-ci, dirigé en dehors, ouvre l'articulation huméro-radiale. Il a deux lambeaux triangulaires à base en dehors. Elle n'est point sans intérêt; par elle on protége plus aisément et plus sûrement le nerf cubital. Evite-t-il mieux la stase purulente en dedans?

C'est une *épreuve nouvelle* de la méthode ancienne; c'est le procédé publié par Park, à de légères différences près : en effet, Park ne se contentait pas toujours d'une incision parallèle à l'axe du membre; il la rendait cruciale lorsque l'articulation était malade et gonflée; il prévenait par là la stagnation du pus; et M. A. M. Thore se met dans l'obligation d'une contre-ouverture, en bornant son trait horizontal à la ligne médiane.

S'il entrait dans nos vues de tracer un tableau bibliographique exact, nous aurions à citer bien d'autres auteurs; mais, pour le but pratique que nous nous efforçons d'atteindre, les pages précédentes suffisent; elles sont le précis des idées les plus judicieuses, des règles les plus capables de répondre aux éventualités de tous genres.

En nous résumant sur la résection du coude, nous dirons qu'elle s'effectue promptement, sûrement et avec le moins de douleurs possible, en taillant un seul lambeau postérieur, retenu en haut, libre et convexe en bas, et formé par deux incisions verticales, sur les crêtes interne et externe de l'humérus, lambeau plus ou moins long selon que la carie n'attaque que l'humérus, ou siége à cet os et aux deux os de l'avant-bras. Disséqué et relevé, il montre le mal, permet de fuir le danger, de déplacer et de protéger le nerf cubital, et plus tard, retenu par un ou deux points de suture, il ne laisse pas le pus s'accumuler, se disposer en abcès.

Résection du genou. — Le genou ou membre abdominal, c'est le coude ou membre thoracique; la rotule, l'olécrâne mobilisé. Quelque frappante que soit cette ressemblance anatomique, il est ici des dispositions spéciales, des rapports qui gênent davantage : ainsi l'artère poplitée, si volumineuse, n'est point séparée de l'os et des instruments par un coussin charnu, comme l'est l'artère brachiale; celle-ci a des articulaires moins grosses, plus rares que celle-là, qui enveloppe l'articulation d'un réseau dont une maille rompue donnerait tant de sang; la jointure fémoro-tibiale, chargée de recevoir tout le poids du tronc, de le transmettre à la jambe, est composée de plates-formes aussi grandes que ses usages, que son importance, et elles sont partout spongieuses, jouissant dès lors d'une vie active. Ce développement et cette vitalité contrarieraient toute opération, et la résection y développe presque constamment des accidents que nos ressources arrêtent ou combattent difficilement. Cette triste conclusion se tire de l'examen des tentatives que l'histoire nous rapporte : sur 15 résections, 9 blessés ont succombé plus ou moins tôt; des 6 qui ont conservé la vie, 3 se sont servis fort longtemps de béquilles, et les 3 autres ont une marche pénible, une claudication qui ne leur permet pas de vaquer à leurs affaires. Chez tous, enfin, la jambe a une irrégularité choquante. Une jambe ainsi raccourcie, ainsi contrefaite, ainsi mutilée, est un succès : consciencieusement vaut-il mieux qu'un *cuissart*?

Cette opération est d'une utilité fort contestable. En la rayant à jamais de la médecine opératoire, à

mes yeux, l'humanité ne perdrait rien; elle y gagnerait, au contraire.

« Parmi les résections, celle du genou seulement, malgré quelques expériences favorables, paraît ne pas devoir rester dans la pratique, et, dans aucun cas, elle ne pourra avoir d'applications étendues. » (Le docteur Grenet, de Hambourg.)

Nous croyons l'amputation moins chanceuse et par conséquent préférable. Pour juger la chose ainsi, il faut moins envisager le *manuel* que les conséquences qu'il entraîne; ce manuel est simple, et, sur le cadavre, d'une simplicité qui peut séduire. Que cette simplicité apparente n'efface jamais de notre esprit les exemples si fréquents de réactions consécutives formidables qui multiplient les revers! Quoi qu'il en soit, comme il suffit d'une réussite pour exciter l'émulation, promettre encore des essais, malgré nous, nous sommes entraîné à examiner les procédés, à les comparer rapidement, à aller à la recherche du moins défectueux.

Park pratiquait une incision transversale immédiatement au-dessus de la rotule; il en faisait tomber une seconde perpendiculaire à son milieu, disséquait les quatre lambeaux triangulaires qu'il obtenait ainsi, enlevait la rotule, tranchait les ligaments latéraux, les ligaments croisés, isolait avec ménagement les muscles, les vaisseaux et les nerfs du fémur; passait une attelle sous ce dernier, le sciait enfin à la hauteur exigée. Ensuite il s'occupait du tibia et du péroné, s'il en était besoin.

Moreau appliqua au genou son procédé du coude, au moins dans le cas où l'os de la cuisse était seul altéré. Il fit très-bien. Deux traits de bistouri verticaux sur les côtés de l'articulation, au devant du creux du jarret, sont réunis au-dessous de la rotule par une coupe transversale; il dissèque et relève son unique lambeau, et continue, comme Park, sans rencontrer plus d'obstacles que lui. Voilà sa conduite lorsque la jambe est parfaitement saine. Voici celle qu'il tient lorsque la carie a gagné le tibia et le péroné : il prolonge l'incision externe jusqu'à la tête de celui-ci, et en fait une nouvelle sur la crête tibiale; de cette manière, il porte à trois le nombre de ces lambeaux : deux carrés, un triangulaire sur la face interne du tibia; la dissection des deux inférieurs lui permet d'examiner les os de la jambe et de les raccourcir. Ces deux derniers lambeaux sont-ils indispensables? Nous ne le croyons pas. En donnant au premier un peu plus de hauteur, en disséquant en bas une demi-manchette, et mettant la jambe dans la flexion à angle droit, le tibia saillira facilement d'une quantité suffisante; car cette résection ne nous paraît admissible que quand le sacrifice osseux, tout compris, n'excède pas $0^m,050$ à $0^m,060$. Maintes fois essayé sur le cadavre, ce mode opératoire a été prompt et simple.

Les professeurs Sanson et Bégin pénètrent dans l'article par une incision sous-rotulienne horizontale, qui mesure l'écartement des ligaments latéraux; puis, par deux autres vertico-latérales, ils délimitent un lambeau inférieur ou un lambeau supérieur, ou les deux à la fois. Se bornant au lambeau supérieur, c'est le résultat de Moreau; dans les autres circonstances, il prépare un réservoir au pus, met obstacle à la sortie des matières.

Le docteur Syme cerne la rotule par deux incisions convexes à courbure opposée; il l'enlève avec cette ellipse de tégument qui commence et finit aux ligaments latéraux. Sans beaucoup de peine, il isole le fémur, le tibia, et les résèque. Il veut que le genou soit dans la flexion : cette recommandation n'est pas toujours possible. Ce procédé est expéditif; mais pourquoi se débarrasser d'une aussi grande quantité de peau? Ici, comme au coude, il vaut mieux en avoir plus que moins, et ce sacrifice peut mettre dans un triste embarras. Je reviens à mes principes, et je recommanderai plutôt un seul lambeau, un lambeau de la largeur de celui de Moreau, comme lui à base en haut, convexe à l'opposite, d'une longueur proportionnée aux dégats renfermant la rotule qu'il n'est pas du tout indifférent de conserver : on ne la sacrifiera donc, comme l'olécrâne, que lorsque la maladie en fera une loi. C'est une courte attelle qui, en se soudant plus tard au tibia, favorise une ankylose sans laquelle la guérison n'en est pas *une*.

Résection du poignet. — La résection du poignet a été rarement tentée; tout dans cette région la contrarie, la rend insuffisante ou dangereuse même. Dans une résection, il faut, autant que possible, ménager trois choses : les vaisseaux de quelque importance, les nerfs, les tendons, et ici, en avant, à droite et à gauche, ces divers organes sont tellement disposés, tellement rapprochés, que les instruments n'ont point un champ d'action suffisamment large. D'autres raisons en écartent encore : 1° il est urgent que la lésion qui la requiert soit resserrée dans un certain cercle; 2° que les chances de récidive ne soient pas dominantes. Or, c'est ce qui n'a pas lieu dans la pluralité des cas, ou au moins ce qu'on craint de ne point rencontrer. La carie, par exemple, est exceptionnellement bornée aux extrémités inférieures du radius et du cubitus; il est rare que le carpe ne participe pas de cette maladie, et le carpe, par cette altération, exige l'amputation. Les os courts, tels que le scaphoïde, le semi-lunaire, etc., en raison de leur spongiosité, de leur vitalité remarquable, par conséquent, s'enflamment promptement, au sein de tissus enflammés; ils ont une extrême tendance à se carier, après toute opération qui les découvre et sollicite dans leur voisinage une suppuration.

Réséquer le carpe n'est pas admissible. Enlever un ou plusieurs des osselets qui le composent, comme on l'a essayé plusieurs fois, c'est faire une désarticulation et non une résection; et cette pratique, toujours sérieuse, ne saurait être recommandée d'une manière générale. D'après cela, la résection du poignet n'est pas susceptible d'être double, comme celles dont nous nous sommes précédemment occupé; elle ne peut porter que sur les os de l'avant-bras.

Pour avoir une idée exacte des réussites qu'elle promet, des écueils à éviter, des échecs à redouter, donnons un léger aperçu de l'anatomie de la partie.

Le poignet, comme le coude, n'a point de limites tracées par la nature; elles sont incertaines en haut et en bas. Pour nous, il est constitué supérieurement par une portion de l'avant-bras égale en hauteur à la hauteur du carpe, inférieurement par

le carpe lui-même ou paume de la main, et l'articulation radio-carpienne en est le centre ou médium.

Cette articulation est une condylarthrose; le scaphoïde, le semi-lunaire, le pyramidal forment, en effet, un condyle brisé qui a des rapports plus intimes et surtout plus étendus avec le radius qu'avec le cubitus. Les ligaments qui la maintiennent sont deux ligaments latéraux : un interne en rapport avec les muscles cubitaux, un externe avec les tendons des grand abducteur et court extenseur du pouce; trois antérieurs radio-carpiens cachés sous les tendons des fléchisseurs superficiels et profonds, enfin des postérieurs, *de même nom*, recouverts par les tendons des extenseurs. Les tendons des grand abducteur et court extenseur du pouce abritent donc la partie externe de l'extrémité du radius dont la face antérieure soutient, en dedans du nerf radial, l'artère radiale verticale depuis sa naissance jusqu'au carpe, et alors déviée en dehors pour se loger dans le premier espace métacarpien. Le tendon du cubital postérieur passe à la région postéro-interne de la jointure; en dehors de lui est le tendon du cubital antérieur qui lui-même est côtoyé par le nerf cubital et par l'artère qui, sous-cutanée en touchant l'os pisiforme, va se changer en arcade palmaire superficielle. L'artère inter-osseuse antérieure, derrière le carré pronateur, traverse le ligament interosseux, et, au milieu du paquet des tendons des extenseurs, s'anastomose sur le dos de la main avec la dorsale du carpe.

Voilà les artères principales du poignet; elles ont chacune deux veines satellites. Les veines superficielles sont plus grosses que celles-là; elles sont moins nombreuses, mais plus volumineuses en arrière qu'en avant. Les nerfs, comme les veines, sont superficiels ou profonds; le brachial cutané interne, le brachial cutané externe et le radial fournissent à la peau des rameaux dont nous n'avons pas à nous préoccuper; le radial offre, de plus, deux autres branches, celle qui accompagne l'artère de son nom et qui, vers le tiers inférieur de l'avant-bras, passe sous les tendons des muscles grand supinateur et premier radial, pour se terminer au poignet entre la peau et les tendons des grand abducteur et court extenseur du pouce; l'autre, plus profonde, véritablement inter-osseuse, se termine où se termine l'artère inter-osseuse antérieure. Mais les nerfs les plus importants, sans aucun doute, sont le médian et le cubital : le médian est perdu entre les couches des tendons des fléchisseurs sublimes et profonds, au-dessous du ligament annulaire antérieur; le nerf cubital est enfin en dedans de l'artère du même nom; sous-cutané, comme elle, près du pisiforme, il fournit une branche postérieure qui glisse entre le cubitus et le muscle cubital antérieur, se divise au poignet pour entretenir la sensibilité à la moitié postérieure interne de la main.

En tous sens, on le voit, le poignet est entouré d'organes délicats, jetant dans l'embarras le chirurgien qui veut attaquer l'articulation, mettre à découvert les altérations du radius et du cubitus, juger de l'état du carpe, si rarement étranger aux désordres des deux premiers; il n'a pu songer à ouvrir l'article par sa face antérieure et en arrière; il s'est vu contraint de varier ses procédés, dans des espaces très-circonscrits qui répondent à la partie postérieure des extrémités articulaires radiale et cubitale. Un enseignement fourni par l'anatomie topographique, enseignement profitable, c'est que le cubitus peut être réséqué seul sans nuire sensiblement aux usages du membre, et qu'on ne saurait avoir la prétention d'agir sur le radius avec le même privilége. Le cubitus en bas est trop étroit, trop étranger à l'articulation pour offrir au condyle brisé tous les points d'appui qu'il réclame pour être solidement fixé et se mouvoir. Ainsi la résection du radius entraîne celle du cubitus.

Après une lésion récente, après une luxation avec ou sans fracture et sortie des os à travers les téguments, la résection de l'avant-bras est une ressource heureuse. Nous avons été témoin d'un fait semblable. Pas un vaisseau n'avait été déchiré, l'indication était formelle; on enleva sans difficulté les fragments, et on donna un trait de scie sur les extrémités rugueuses. Le sujet guérit promptement et conserve une main dont les usages ne sont point bornés. En conjoncture analogue, M. Clément, un de nos chirurgiens de la marine les plus distingués, a obtenu un succès complet, il y a une quarantaine d'années. Ce sont ces cas qui conviennent spécialement à cette résection et feront son triomphe.

Pour surmonter les difficultés que nous venons d'entrevoir, les auteurs se sont conduits de manières différentes : celui-ci a voulu deux lambeaux triangulaires, deux L; celui-là a préféré deux incisions verticales; un troisième a cru nécessaire un grand et unique lambeau, etc., etc. Ces diverses opinions méritent un examen consciencieux.

M. le professeur Roux pratique deux incisions verticales sur les côtés du radius et du cubitus : ici en dedans de l'artère cubitale du tendon qui la protége, là en dehors de la radiale; elles ne dépassent point l'articulation; puis deux autres horizontales vont de l'extrémité terminale de celles-ci aux limites internes et externes des tendons des extenseurs. Deux lambeaux en L en sont le résultat; disséqués, ils mettent à nu un petit triangle de la face postéro-externe du radius, postéro-interne du cubitus; il isole les extrémités épiphysaires cariées, malades, passe une attelle, et scie.

La lésion bornée à l'avant-bras, ce procédé est bon; sa valeur est moindre, il nous semble, lorsque le carpe n'est pas dans une complète intégrité; ces fenêtres ne sont pas assez largement ouvertes pour examiner convenablement le terrain, amener à la surface les osselets malades, les extraire. On atteint ce but difficilement sur le cadavre; sur le vivant, n'y aurait-il pas souvent impossibilité absolue?

A notre surprise, M. Dubled n'a pas besoin d'un champ aussi étendu; il se borne à une incision verticale sur les côtés externe du radius, interne du cubitus; il en dissèque les lèvres, les écarte, isole les os en avant et en arrière, et les scie. Ce procédé est simple de description; il est d'exécution facile, si le traumatisme qui le réclame a rompu les liens articulaires, rupturé les téguments, parce qu'alors l'opération est à moitié faite; le plus épineux est accompli. Les autres cas pathologiques s'en accommoderaient peu, nous le croyons : sur le

cadavre, ce manuel est long et oblige à des tiraillements répétés.

M. Velpeau a compris ces inconvénients; il veut un lambeau unique, quadrilatère, à base inférieure; il le commence par les deux incisions de M. Dubled, prolongées jusqu'à la racine du pouce ici, là jusqu'au 5e métacarpien, et il l'achève par un trait horizontal postérieur au niveau de la jointure. Il le dissèque de haut en bas, écarte des os les tendons des extenseurs, les os des fléchisseurs, et met la scie en mouvement. Il termine par la désarticulation du radius et du cubitus.

Les conseils du chirurgien de la Charité me paraîtraient mieux raisonnés, si le lambeau se taillait de bas en haut, se relevait au lieu de s'abattre, parce qu'avant tout il ne pourrait ainsi servir à l'amputation si des désordres imprévus contraignaient d'y recourir. Quoi qu'il en soit, ce manuel a quelques avantages sur les précédents : il est moins long, moins douloureux, et permet l'examen scrupuleux du carpe.

Après une résection en ce lieu, conserve-t-on la mobilité de l'articulation? Est-il raisonnable d'y prétendre? Non. Et M. Bonnet l'a déjà exprimé. Alors pourquoi s'imposer gratuitement l'obligation de garder les tendons? Pourquoi ne point sacrifier, à son exemple, ceux du grand palmaire, du cubital antérieur, du cubital postérieur et des deux radiaux? Nous irons plus loin et nous dirons : Serait-il irréfléchi et sans excuse de les diviser tous en arrière? Anciennement on évitait les sections tendineuses, on les redoutait au point de condamner l'amputation de l'avant-bras au-dessous de sa moitié brachiale, celle de la jambe au-dessus des malléoles : on croyait qu'un tendon coupé donnait une suppuration longue, que cela retardait considérablement la cicatrisation, compromettait les résultats. Cette erreur est définitivement reconnue, et nous-même nous avons écrit en 1832 : « A l'avant-bras, comme partout ailleurs, l'ablation doit se faire le plus loin possible du tronc; la présence de tendons nombreux, et l'absence de fibres musculaires ne sont point des contre-indications à cette règle, des obstacles ou des retards à la guérison. L'expérience nous en offre une preuve récente : notre malheureux (il s'agissait d'un forçat amputé; trois travers de doigt au-dessus du poignet) a été complétement rétabli le 15e jour. » Ces réflexions m'engageraient, si je me décidais en faveur de la résection, à tailler le lambeau de Duret pour la désarticulation de la main, lambeau convexe en bas, commençant à l'apophyse styloïde du radius, s'achevant à la saillie pareille du cubitus; disséqué et relevé, il met en présence de la jointure, permet son ouverture, et autorise sans tiraillements, avec aisance et promptitude, l'action des divers instruments. Sans scrupule, nous resciserions même les bouts pendants de ces tendons, et nous réunirions par deux points de suture, après avoir jeté un fil sur la moindre artériole, et avoir exactement desséché la plaie.

En résumé, le procédé de Dubled peut suffire, mais pas habituellement; celui de M. Roux, dont les succès sont toujours présents pour arrêter la critique, a plus de qualités que celui-là. Il sera un des meilleurs lorsque la maladie se bornera aux os de l'avant-bras. En cas de complications du côté de la main, nous préférerons notre *modus operandi* aux deux précédents, à celui de Velpeau également, parce qu'en général, dans l'amputation à un lambeau, et ici c'est la même loi, il est de rigueur de tailler celui-ci de manière à ce qu'il soit adhérent par en haut, libre par la partie déclive. « Lorsqu'exceptionnellement on est obligé d'agir autrement, M. Blandin n'a-t-il pas conseillé d'inciser le lambeau à sa base, plutôt que d'attendre la stagnation du pus que cette disposition amène infailliblement? »

Résection du coude-pied. — Pour terminer la tâche que nous nous sommes imposée, il nous reste à parler du coude-pied qui est si évidemment l'analogue du poignet. Sur lui repose tout le poids du corps : c'est l'article qui, dans la station, dans la progression, joue le rôle le plus actif. A cause de cette importance, la nature l'a construit d'une façon qui rend plus difficile, moins fructueuse l'opération en question. Nous aurions ici à répéter plusieurs passages du chapitre précédent; les dégats sont rarement limités aux malléoles; ils empiètent sur le tarse, et obligent quelquefois à compliquer la résection du tibia et du péroné d'une extirpation ou désarticulation de l'astragale.

Les indications les plus communes sont les caries, les nécroses, etc. Les fractures, les luxations offrent plus de chances de succès.

Cette résection a été plus fréquemment pratiquée que celle du poignet. Moreau père, Moreau fils et M. Roux, sont encore les praticiens qui s'en sont le plus occupés.

Avant d'aller plus loin, rappelons-nous l'anatomie de la région; comparons-la à celle du poignet, et cherchons à tirer de ces rapports des conséquences profitables. La jambe, c'est l'avant-bras, le tibia le radius, le péroné le cubitus. Ces deux os réunis en bas constituent une mortaise dans laquelle est saisie l'astragale; elle n'est qu'à l'état de vestige dans l'articulation radio-carpienne; ici les deux malléoles retiennent latéralement le pied; la main l'est à peine par les deux apophyses styloïdes qui leur correspondent; un ligament antérieur, un postérieur, trois externes ou péroniers, et deux internes, maintiennent les surfaces articulaires en rapport. La mobilité a donc au pied des bornes infiniment plus étroites qu'à la main, et cela devait être ainsi. La solidité ne saurait se trouver au milieu des mouvements en tous sens. La mobilité et la solidité sont antagonistes ou inversement proportionnelles; partout où l'une existe, l'autre est absente ou faible. Celle-ci est la qualité première de l'appendice abdominal, celle-là la qualité essentielle du membre thoracique. La disposition des puissances motrices favorise mieux qu'à la main le manuel des instruments, on arrive aux os plus promptement, plus sûrement; les faisceaux tendineux sont plus resserrés. En avant, en effet, le jambier antérieur, l'extenseur du gros orteil, l'extenseur commun et le péronier antérieur, sont renfermés dans la gouttière péronéo-tibiale, laissant sous la peau le tibia et le péroné; le tibia jusqu'au bord interne du jambier postérieur, le péroné jusqu'au bord externe du long péronier latéral; enfin, entre ces

deux derniers muscles, tout à fait en arrière, le tendon d'Achille recouvrant tous les fléchisseurs, qui sont à respecter religieusement.

Dans cette région, il y a trois artères, deux qui y passent, la tibiale postérieure facile à éviter, la tibiale antérieure se changeant en pédieuse, et la péronière qui s'y termine en ramifications ténues. Toutes trois s'unissent par des anastomoses peu importantes, dont on se rend maître aisément.

Les veines profondes escortent les artères; les superficielles se distinguent ordinairement à travers la peau; les saphènes remontent au devant des malléoles.

Les nerfs, enfin, qui peuvent tomber sous le tranchant du bistouri sont le musculo-cutané et la saphène superficiels et grêles; les tibiaux profonds accompagnent les deux artères et se comportent comme elles jusqu'au-dessous du ligament annulaire du tarse.

Si cette résection a une valeur douteuse, cela tient moins aux difficultés d'exécution qu'aux résultats définitifs. Au poignet, toute guérison est un succès : que la main ait une mobilité exagérée, qu'elle soit retenue ankylosée dans telle ou telle direction, elle existe, elle a son degré d'utilité. Au coude-pied, ce n'est pas cela; la guérison n'est succès qu'autant que la soudure est parfaite, et alors encore faut-il un soulier fait exprès, à talon haut, à semelle épaisse. Cette ankylose si désirée, malgré ces inconvénients, ne s'obtient pas comme on veut; mille circonstances viennent la traverser, la contrarier; au lit, on se passe facilement d'un bras, difficilement d'une jambe; on condamne le premier plus aisément que le second à une immobilité complète; ou plutôt, dans les mouvements indispensables du tronc, du bassin, pour subvenir aux plus impérieuses nécessités, une extrémité thoracique est moins violentée qu'une extrémité abdominale; pendant le sommeil, comment maintenir le pied dans le repos parfait, lui qui, verticalement fixé sur le talon, a, par son propre poids, une tendance à s'abattre à droite ou à gauche, etc.?

« La résection des surfaces osseuses de l'articulation tibio-tarsienne est-elle une tentative rationnelle? Je ne le pense pas. » (Bégin, *Anatomie topographique*.) Je ne suis pas éloigné de partager cette opinion, en présence d'une carie, d'une nécrose, lorsque surtout l'astragale participe de la maladie.

Quelque laborieuse que soit cette opération, elle a été faite et compte plus d'une belle terminaison, entre les mains de Moreau et de M. Roux. Examinons les préceptes qu'ils ont tracés.

Le procédé de M. Roux, le seul indiqué et suivi, à bien dire, est à peu de chose près celui de Moreau. Il consiste, comme au poignet, en deux L tracées par le bistouri sur l'une et l'autre malléole. Il commence par le péroné, fait une incision de $0^m,080$, 3 pouces, partant du sommet même de cette saillie, et du sommet de cette saillie en part une seconde, horizontale, qui se termine au tendon du péronier antérieur. Ce lambeau triangulaire est disséqué, relevé; il isole l'os avec ménagement en arrière, et le coupe avec la scie de Jeffrey. Moreau employait la gouge et le maillet. Par une conduite semblable, il retranche du tibia la partie malade : la première incision verticale longe le tendon du jambier postérieur, le bord postérieur de l'os; le second coup de bistouri horizontal est dirigé du sommet de la malléole interne au tendon du jambier antérieur. La fin de l'opération se comprend d'elle-même.

Cette pratique est simple; elle est ingénieusement calculée sur les dispositions anatomiques; les vaisseaux ouverts sont faibles, superficiels, faciles à saisir et à lier. Nous voudrions pourtant remplacer la ligne brisée L, par une ligne courbe régulière, à convexité en dehors pour le peroné, en dedans pour le tibia. Ce serait notre unique lambeau, interrompu au milieu. L'opération est toujours longue et laborieuse.

La résection du tibia entraîne celle du péroné; la résection du péroné ne rend point obligatoire celle du tibia, conséquence naturelle du degré d'importance du tibia et du péroné dans l'articulation tibio-tarsienne. Le tibia seul raccourci, le pied privé d'appui se déjette en dedans; la malléole externe est incapable de le retenir.

« On est dans l'obligation de conserver les tendons, les vaisseaux et les nerfs qui environnent cette jointure, et, pour cela, il faut borner l'incision transversale; il en résulte qu'ayant très-peu d'ouverture, la section de l'os exige beaucoup de patience et des précautions multipliées. » (Thèse de Moreau fils, pag. 71, 1803.) Depuis cette époque, on le répète et chacun le croit. Nous nous demandons si cette obligation est si impérieuse; le raisonnement nous force à en douter. Raccourcissez le tibia et le péroné de 0,002 à 0,005, un à deux pouces, à l'instant les tendons sont trop longs, puisque leur longueur était appropriée à la longueur de la jambe; ils se gondolent, sont sans pouvoir, ne servent point de retenue; coupés, empêcheraient-ils l'ankylose, terme désiré? En présence d'un sujet offrant une carie du tibia et de l'astragale, nous nous déterminerions à faire, de l'une des malléoles à l'autre, un lambeau convexe analogue à celui que nous recommandons au poignet. Ne ménageant point les tendons, nous arriverions promptement en vue des dégats, et promptement aussi à la fin de l'opération. Ce conseil pourra d'abord paraître étrange; mais qu'on y réfléchisse et qu'on essaie, il est peut-être moins défectueux qu'il n'en a l'air.

Position à donner au membre réséqué.—L'ankilose est le plus généralement le terme désiré de toute résection; pour qu'elle ait la valeur qui la rend préférable à tout autre état, ne faut-il pas qu'elle maintienne l'articulation dans le degré d'ouverture où la ramènent nos besoins les plus habituels? Les membres supérieurs ont des fonctions bien différentes de celles des membres inférieurs, les règles ne sauraient être les mêmes pour les uns et les autres; la physiologie seule fournira donc les indications convenables; les appendices thoraciques ont pour principaux usages de mettre les corps qui nous entourent à la portée de nos sens, de les rapprocher, de les écarter, de les porter à droite ou à gauche pour l'exercice facile et complet de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, du goût et du toucher; de protéger les organes qui y concourent, la face, la poitrine, etc. Leur rôle se passe, par conséquent,

au-devant du tronc et au-dessus de lui, exige plus de flexions que d'extensions. Il en est autrement en bas; les appendices abdominaux chargés de transmettre le poids du corps au sol, de le soutenir, de le diriger dans tel ou tel sens, sont des colonnes qui agissent principalement dans l'extension; une flexion constante enlèverait leur valeur, les rendrait incommodes, fatigantes. D'après cela, parcourons le cadre que nous nous sommes tracé. Après la résection scapulo-humérale, le bras sera mis vertical, parallèle à l'axe du corps, si l'on veut, légèrement incliné de haut en bas et d'arrière en avant; après la section de la tête du fémur, on observera à peu près les mêmes principes; on le tiendra parfaitement perpendiculaire; ainsi on obviera, autant que possible, à la perte de substance. L'angle droit, après celle du coude, est celui qui conserve au membre entier ses plus grands avantages : quand il s'agit du genou, l'angle le plus ouvert est une perte pour la station, une difficulté pour la progression; il augmente la claudication et doit être évité. Le radius et le cubitus raccourcis, l'axe du corps et du métacarpe fera suite à l'axe de l'avant-bras; le pied ainsi maintenu sur la jambe serait trop faible pour concourir à la base de sustentation; il sera horizontal ou perpendiculaire au tibia.

Mettre l'articulation dans le degré de flexion ou d'extension requis pour obéir aux nécessités les plus incessantes, telle est la loi dont l'oubli ferait souvent gémir d'un succès, en apparence, complet.

Accidents primitifs. — La résection se pratique dans la partie de l'articulation où les os sont le moins revêtus, à l'opposite des gros vaisseaux ou très-loin d'eux; elle expose à un écoulement de sang modéré, exceptionnellement aux hémorrhagies. Sous ce rapport, elle offre plus de sécurité que l'amputation.

Le tétanos est un accident de la résection, comme il est un accident de l'amputation. Est-il plus fréquent là qu'ici? Voilà le véritable jour sous lequel la question nous intéresse. Le tétanos est plus en rapport avec l'idiosyncrasie individuelle, l'état moral, l'hygiène suivie, les conditions atmosphériques, etc., qu'avec l'importance physique de la blessure; nous le voyons, en effet, à la suite d'une simple piqûre, d'une légère plaie contuse, d'une opération d'hydrocèle, et peu après la herniotomie, l'amputation, etc. A Brest, après celle-ci, cette complication ne se montre pas deux fois sur cent; dans d'autres localités, le rapport est doublé, triplé même. Toutes nos recherches, pour mettre ce point en lumière, prouvent que le tétanos est rare après la résection, plus rare qu'après l'amputation; que, quand on l'a observé, il a paru être dû plutôt au traumatisme lui-même, à la commotion..., après un coup de feu par exemple, à la démoralisation, à l'humidité, au froid, etc., qu'à l'action des instruments. Si la douleur, plus forte, plus prolongée dans un cas que dans l'autre, semble y prédisposer, les gros nerfs respectés en diminuent peut-être les chances. Du reste, qu'avons-nous besoin d'explication; il nous suffit ici de présenter les résultats de l'expérience; elle nous guide dans l'avenir, se rend garant de nos efforts.

Accidents consécutifs. — L'inflammation, les abcès sont ici ce qu'ils sont après les amputations, pas plus fréquents; la réaction inflammatoire du moignon, rappelons-le-nous, est parfois tellement violente, que des foyers purulents assez considérables en sont la suite. Lorsque ces accidents surviennent ici, ils sont plutôt le résultat d'un mauvais procédé, d'une vicieuse direction des ouvertures, des lambeaux qui retiennent les fluides épanchés, des pansements peu méthodiques, que de la nature de l'opération elle-même. Eviter tout contact de l'air, ménager une issue déclive, panser mollement, telles sont les conditions indispensables pour prévenir tout incident de ce genre.

L'os du moignon peut être carié ou nécrosé, et les causes principales de la carie, de la nécrose sont une destruction du périoste par la scie ou autrement, et la phlogose suppurative du périoste externe ou de la moelle. Cela a lieu principalement lorsque le praticien taille sa manchette ou ses lambeaux trop courts, lorsqu'il refuse aux organes centraux un abri indispensable. Ici il en est à peu près de même; taillez des lambeaux qui vous permettent d'agir librement et de recouvrir les os et les parties saignantes, et vous connaîtrez à peine la carie et la nécrose.

La conicité du moignon est un accident grave des amputations que nous n'avons point à redouter ici.

Appréciation. — Un des plus grands progrès de la chirurgie moderne est d'avoir substitué la résection *à l'amputation dans de nombreuses circonstances qui jusque-là semblaient rigoureusement commander l'ablation complète, la désarticulation.*

Les avantages de la résection ne sauraient désormais être contestés; les reproches qu'on leur adresse sont peu fondés ou au moins exagérés.

La résection est plus longue que l'amputation correspondante, sans être plus difficile, quand on a des connaissances anatomiques exactes; elle est plus laborieuse, plus douloureuse; elle n'est pas suivie de plus de dangers. Pour ce surcroît de souffrances tolérables, pour les quelques cris supplémentaires qu'elle fait pousser, elle laisse un membre utile. Elle a donc un degré d'intérêt qui lui assure à jamais une place importante en chirurgie. Gardons-nous de répéter avec M. Alph. Sanson: « D'une manière générale, les résections sont des opérations malheureuses, et la plupart des chirurgiens y ont renoncé; » mais, avec le docteur Sédillot: « Ces opérations offrent à l'art des ressources brillantes et précieuses, et sont, dans beaucoup de cas, l'unique moyen de sauver un membre et quelquefois même la vie. » Et encore, avec le professeur Roux: « On peut très-bien la pratiquer (la résection) sans aucune répugnance, parce qu'elle est moins dangereuse peut-être que l'amputation...» (Gazette des Hôpitaux, janvier 1844.) On est heureux de timbrer son opinion de cachets aussi respectables.

D'une fréquente application aux membres thoraciques, elle est moins séduisante en ses promesses, aux membres abdominaux, sans mériter pourtant une exclusion définitive.

La méthode à un lambeau nous semble la meil-

leure ; elle répond plus rigoureusement aux exigences, prévient souvent des réactions compromettantes, et ce lambeau offre cette immense ressource d'être le premier temps de l'amputation, en cas de désordres inespérés.

Les accidents nerveux et inflammatoires qui les font repousser sont en partie imaginaires : « Sur vingt malades, le docteur Fricke, chirurgien de l'Hôpital-Général de Hambourg, a pratiqué des résections ; quatorze ont parfaitement guéri sans complication, en conservant toute facilité de mouvement dans les membres opérés. »

Cette opération est de nature à exciter l'émulation ; ses résultats sont propres à encourager : il est, nous l'avons démontré, bon nombre de raisons qui militent en sa faveur.

---

15. *Relation d'une opération d'entérotomie lombaire, sans ouvrir le péritoine, pratiquée avec succès sur une femme âgée de 53 ans ; suivie de quelques considérations sur l'anatomie pathologique de l'intestin colon lombaire* ; lue à l'Académie royale des sciences, le 30 juillet 1844 ; par J. Z. Amussat.

(Gazette médicale de Paris, n° 32.)

La possibilité d'établir une voie artificielle au gros intestin, sans ouvrir la péritoine, avait été entrevue il y a longtemps ; mais des essais infructueux avaient fait naître des doutes, et cette idée avait été abandonnée : enfin, on avait nié qu'il fût possible d'ouvrir le colon lombaire sans intéresser le péritoine.

Après m'être livré à des études d'anatomie chirurgicale et d'anatomie pathologique, j'ai démontré, par des faits irrécusables, que cette opération était praticable et qu'elle était préférable sous tous les rapports à celle de Littre.

Mais pour que cette rénovation chirurgicale pût être admise sans difficultés dans la pratique, j'ai voulu la soumettre au jugement des hommes qui font, à juste titre, autorité dans la science, et c'est dans ce but que j'ai eu l'honneur de vous présenter plusieurs mémoires sur ce sujet.

En 1842, l'Académie, adoptant les conclusions du rapport de sa commission composée de MM. Breschet, Double, Serres, Roux, Duméril, Larrey, de Blainville, Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, Magendie, a encouragé mes travaux sur ce point en m'accordant une récompense sur les prix Montyon.

Ce jugement favorable m'engage à vous donner aujourd'hui la relation d'un fait nouveau qui confirme tout ce que j'ai dit sur cette opération, et à compléter par quelques considérations d'anatomie pathologique la démonstration d'un fait que je crois désormais acquis à la science ; savoir : qu'on peut pratiquer l'entérotomie lombaire sur l'adulte et sur l'enfant sans ouvrir l'abdomen, ce qui exclut le danger immense de la lésion du péritoine.

Obstruction complète du tube digestif pendant vingt jours chez une femme âgée de cinquante-trois ans ; tympanite, accidents graves, vomissements, etc. ; impossibilité absolue de trouver le siége précis de l'obstacle ; établissement d'un anus artificiel dans la région lombaire gauche, en ouvrant l'intestin colon sans intéresser le péritoine ; guérison.

Obs. — Madame B..., âgée de 53 ans, d'une forte constitution, a toujours joui d'une bonne santé ; réglée à 14 ans, mariée à 24, elle a eu trois enfants qu'elle n'a pas nourris. Ses règles ont cessé il y a quatre ans, et vers cette époque elle a eu quelques pertes sanguines. Jamais elle n'a éprouvé aucun symptôme indiquant une affection de la matrice.

Les garderobes ont été régulières et faciles jusqu'au mois d'avril 1843. Alors survint de la constipation qu'on fut obligé de combattre par des lavements dont la malade n'avait presque jamais fait usage avant ce temps. Depuis quatre mois surtout, cet état s'est aggravé, et la malade ressentait des coliques assez vives.

Il y a deux mois environ, les coliques sont devenues plus vives encore et plus fréquentes ; les matières rendues à la suite de l'administration des lavements étaient, d'après le dire des parents, minces, aplaties, rubanées et entourées de glaires et de sang. Les gaz expulsés produisaient un bruit très-fort, entendu à distance.

Les garderobes étant devenues de plus en plus difficiles, et les lavements étant insuffisants, on fut obligé d'avoir recours aux purgatifs tels que l'huile de ricin, les pilules écossaises, etc.

A partir du 12 juin, il n'y a plus eu de garderobes ni d'expulsion de gaz, malgré tous les moyens auxquels on a eu recours ; ainsi l'huile de ricin, l'huile de croton tiglium, les lavements purgatifs, etc., furent administrés sans résultat : le ventre s'est distendu et ballonné lentement ; des vomissements sont survenus, ainsi que des coliques et des douleurs aiguës très-vives ayant constamment leur siége autour de l'ombilic.

Le 26 juin, je fus appelé, auprès de la malade, par mon honorable confrère le docteur Sédillot, qui jusqu'alors avait dirigé le traitement avec autant de soin que d'habileté. Déjà M. Marjolin, appelé en consultation quelques jours auparavant, avait conseillé les douches ascendantes, et il avait pensé qu'il faudrait peut-être avoir recours à l'opération. Il y avait quatorze jours d'interruption complète du tube digestif.

Le ventre est distendu par des gaz et sonore dans tous ses points. Aucune tumeur n'est appréciable par la palpation.

Le toucher par le rectum ne fait reconnaître aucun obstacle. Dans toute l'étendue de cet intestin parcourue avec le doigt, on constate que la muqueuse est saine.

Par le vagin, on trouve que le col de l'utérus est un peu abaissé et que le fond de l'organe appuie sur le rectum comme dans la rétroflexion. Aucune sensibilité anormale de ce côté. Nous convînmes de continuer les douches ascendantes et d'employer, pour calmer les douleurs vives qui empêchaient la malade de goûter un instant de repos, des embrocations sur le ventre avec un liniment composé d'huile d'amandes douces et de laudanum.

Le 27, l'état de la malade n'a changé en aucune manière ; les douches ont été administrées plusieurs

fois dans la journée d'hier ; mais le liquide est ressorti sans entraîner de matières fécales ; on y trouve des glaires et des détritus de tissus organiques. Il n'est pas sorti de gaz par l'anus.

Le 28, le ventre est toujours distendu et ballonné ; il serait par conséquent assez difficile de constater la présence d'une tumeur qui indiquerait le point malade de l'intestin. Mesuré au niveau de l'ombilic, il offre un développement circulaire de 83 centim., mesure égale à celle prise la veille.

Du reste, même état de la malade : douleurs, coliques vives, vomissements bilieux, malaise général, nausées, insomnie continuelle ; pouls à 96 pulsations.

Continuation des douches et des calmants.

L'établissement d'un anus artificiel paraît être de plus en plus indiqué, et nous nous rattachons à cette idée qu'il faudra inévitablement sans doute le mettre à exécution dans un court délai. Mais ici nous sommes encore en présence de difficultés semblables à celles qui se sont présentées dans la plupart des cas où nous avons pratiqué cette opération, car nous ne connaissons ni le siége, ni la nature de l'obstacle au cours des matières fécales et des gaz.

Nous sommes donc dans un doute absolu sur la question de savoir, non pas si l'opération doit être pratiquée, car elle est devenue indispensable, mais dans quel point elle devra être faite. Ouvrirons-nous le colon lombaire gauche ? ou bien, dans la crainte de rester au-dessous de l'obstacle en agissant de ce côté, ouvrirons-nous le colon lombaire droit ? Néanmoins, en tenant compte des antécédents de la malade, assez vagues, il est vrai, nous pensons qu'il ne s'agit pas d'un étranglement aigu, mais bien d'une obstruction chronique du gros intestin, vers sa partie inférieure, puisque la constipation existe depuis assez longtemps, qu'elle a toujours été en augmentant et qu'enfin la malade rend depuis deux mois environ, non sans beaucoup d'efforts, après les lavements, des matières rubanées, aplaties et entourées de glaires et de sang. En se rappelant aussi que les affections organiques du gros intestin, donnant lieu à la tympanite et à la rétention des matières fécales, ont habituellement leur siége à la réunion de l'S iliaque et du rectum, nous pouvons espérer qu'il en est ainsi dans ce cas et que l'opération pourra être pratiquée sur le colon lombaire gauche. Mais il nous reste encore un moyen de lever nos doutes à cet égard. Il faut savoir quelle est la quantité de liquide qui peut être introduite dans l'intestin par une injection forcée donnée sous forme de lavement.

Disons, au reste, que l'indication de l'opération était bien évidente, mais qu'il n'y avait pas une nécessité impérieuse à la pratiquer sans retard, l'état de la malade n'étant pas assez grave pour tirer parti d'une ressource, précieuse il est vrai, mais dont on ne doit se servir qu'après avoir reconnu que sans elle la mort est inévitable et prochaine. Et pourtant, il faut savoir tenir un juste milieu entre l'empressement et la temporisation.

Le 29, même état que la veille ; nausées, mais pas de vomissements. Les lavements ont été continués, ainsi que les douches ascendantes avec l'appareil Bizet. Dans le liquide rendu, on ne trouve pas de matières fécales, mais un résidu de matière organique en morceaux et en détritus.

On essaie les lavements forcés, non dans le but de chercher à vaincre l'obstacle, mais pour évaluer, par la quantité de liquide qui pourra être introduite, la hauteur à laquelle se trouve l'obstruction. De tous les signes qui peuvent éclairer le diagnostic sous ce point de vue, celui-ci est en effet le meilleur.

La malade étant placée les jambes à terre, le ventre appuyé sur le bord de son lit et le dos tourné de notre côté, un lavement a été introduit et gardé facilement ; mais un second n'a pu être introduit entièrement, et bien qu'on serrât fortement avec les mains les fesses de la malade, le liquide s'échappait. On a constaté ainsi qu'un lavement et un tiers avec une *seringue ordinaire* constituaient la quantité de liquide reçue dans l'intestin et conservée quelques minutes.

La malade a rendu le lavement sans mélange de détritus et de matières ; une partie du liquide introduit dans le rectum n'est pas ressortie, car en comparant la quantité de liquide rendu avec la quantité de liquide introduit, on trouve qu'un tiers de cette dernière a disparu.

Les coliques et les douleurs ont été plus vives que les jours précédents.

Le 30, même état. La malade demande avec instance à être opérée. La distension du ventre n'a pas augmenté, mais les coliques ont été parfois beaucoup plus vives que les jours précédents ; il n'y a pas eu de vomissements. Les douches ascendantes et les lavements n'ont amené aucun résultat.

La volonté de la malade étant formellement exprimée, et d'ailleurs l'inefficacité des moyens employés jusqu'ici étant bien démontrée, nous résolûmes d'avoir recours à l'opération le lendemain.

Mais pour nous éclairer encore et fortifier nos idées, nous profitâmes du séjour momentané à Paris du célèbre professeur Crampton (de Dublin) pour l'inviter à venir examiner la malade et nous donner son avis sur ce que ses lumières et sa longue expérience lui indiqueraient de faire dans un cas aussi obscur et aussi difficile.

Le 1er juillet se trouvèrent réunis, chez Mme B..., MM. Crampton, Maccloughlin, Berthes de Gray, Sédillot, L. Boyer, Filhos, A. Amussat et Le Vaillant. Après avoir résumé les antécédents, M. Crampton examina la malade avec le plus grand soin et sous tous les rapports. L'exploration du ventre, la percussion ne lui indiquèrent pas qu'un point de l'abdomen, plutôt qu'un autre, fût le siége de la maladie. Le toucher par le rectum et par le vagin ne lui fit rien découvrir, non plus, qui fût propre à indiquer, à préciser le siége et la nature de l'obstacle au cours des gaz et des matières. M. Crampton trouva que le col de l'utérus était abaissé et que le fond de cet organe appuyait sur le rectum, ce que nous avions déjà constaté différentes fois.

L'abdomen est distendu comme la veille. La mesure prise est exactement la même.

La malade est décidée à être opérée, et elle craint que la consultation qui va avoir lieu ne retarde ce qu'elle appelle le moment de sa délivrance.

M. Crampton, invité à donner son avis, se ré-

suma en disant que si l'on doit, dans ce cas, pratiquer l'opération de l'anus artificiel, ce que son expérience personnelle ne lui permet pas de décider, parce que jamais il n'a fait cette opération dans des circonstances semblables, il ne faut pas attendre, dans la crainte de l'inflammation qui pourrait survenir dans les points malades de l'intestin et s'étendre au péritoine, résultats inévitables, si l'on n'agissait promptement, et qui ôterait la possibilité de recourir à une opération qu'il approuve d'après les faits que nous avons publiés.

Les autres personnes présentes ayant unanimement partagé l'avis parfaitement motivé de M. Crampton, la question de l'opportunité de l'opération ayant été résolue, on discuta celle relative au point que l'on devait choisir pour établir l'anus artificiel.

Après avoir tenu compte, d'une part :

De la chronicité, si nous pouvons nous exprimer ainsi, de la maladie qui a amené l'obstruction complète du tube digestif, état chronique démontré par la constipation, qui a toujours été en augmentant ;

De l'extrême fréquence des rétrécissements ou d'une lésion organique vers la fin de l'S iliaque, relativement aux cas où un obstacle a son siége dans d'autres points des intestins ;

De l'absence des vomissements de matières fécales, vomissements ordinairement très-fréquents dans le cas où une affection organique ou autre occupe les intestins grêles ou la partie supérieure du gros intestin ;

Enfin, *de l'impossibilité d'administrer plus d'un lavement et un tiers*, ce qui tend à prouver que l'obstruction n'est pas très-éloignée de l'anus ;

D'autre part, en considérant les avantages d'un anus artificiel établi sur le colon lombaire gauche, avantages que je comparerai tout à l'heure aux inconvénients d'un anus artificiel sur le colon lombaire droit..., il fut décidé que, malgré nos appréhensions fondées sur le peu de certitude du siége de l'obstacle qui pouvait être placé plus haut que nous le supposions, l'opération serait pratiquée sur le côté gauche.

Un lit de sangle assez élevé, placé au milieu de l'appartement, fut recouvert de matelas ; la malade ayant été placée dessus, on l'engagea à se tenir couchée sur le ventre ; et afin de faire saillir le plus possible les régions lombaires, on glissa sous elle plusieurs oreillers attachés ensemble.

Le côté gauche ne paraît pas plus proéminent que le côté droit.

Après avoir marqué avec des lignes à l'encre l'espace circonscrit en bas par la crête de l'os des îles, en haut par le rebord de la dernière fausse côte, en arrière par le bord externe de la masse commune des muscles sacro-lombaire et long dorsal, je pratiquai au milieu de cet espace une incision transversale de 3 à 4 pouces d'étendue, incision que j'étendis peu à peu en profondeur jusqu'à l'aponévrose du muscle transverse. Trois petites artères divisées pendant ce premier temps de l'opération furent tordues ; puis j'incisai avec précaution l'aponévrose du muscle transverse ; aussitôt un peloton graisseux s'échappa par l'ouverture faite à cette membrane, et se déploya comme une anse intestinale herniée. J'incisai en travers cette masse graisseuse, cette espèce de coque, et je vis une portion d'intestin rougeâtre et rénittente. Pour chercher à m'assurer si cette portion d'intestin appartenait bien au colon que je voulais ouvrir, j'explorai avec soin, minutieusement, les tissus voisins, et j'arrivai à constater qu'elle devait lui appartenir, puisque le carré des lombes, mis à découvert dans son bord externe, avait le rapport que nous lui connaissons avec cet intestin. Cependant je n'avais pas une entière certitude d'avoir affaire au colon. Mais en faisant éponger la plaie et en la nettoyant à l'aide d'un filet d'eau, j'aperçus en dehors, sur la portion d'intestin qui s'offrait à ma vue, un corps jaunâtre mobile, pendant les mouvements respiratoires, placé sous le péritoine et paraissant s'arrêter à la limite de cette membrane.

J'hésitais encore à pratiquer la ponction de cette portion intestinale mise à découvert, bien qu'elle me parût, par sa position, par ses rapports avec les parties voisines, appartenir au colon lombaire ; mais il m'était impossible d'acquérir la certitude que ce ne pouvait être que cet intestin et non pas une anse d'intestin grêle. Néanmoins, comme j'étais un peu rassuré par l'idée dans laquelle j'étais d'avoir vu les limites du péritoine en dehors, je me déterminai à traverser l'intestin avec une aiguille courbe enfilée d'un fil ciré, en arrière du point où je croyais que s'arrêtait le péritoine. J'enfonçai ensuite dans l'intestin un ténaculum à manche, et je l'incisai verticalement avec des ciseaux courbes, entre le fil et le ténaculum. Aussitôt, j'entendis un sifflement très-fort produit par les gaz qui s'échappaient de l'intestin, et un instant après j'aperçus des matières fécales jaunâtres. Etant donc rassuré sur le résultat de l'opération, ou plutôt ayant atteint le but que je m'étais proposé, j'agrandis sans crainte, avec des ciseaux, l'ouverture faite à l'intestin, ce qui permit aux gaz et aux matières fécales de sortir facilement. La malade éprouva de suite un soulagement notable par le fait de cette évacuation. Enfin, pour terminer l'opération qui avait réussi au-delà de toutes mes espérances, car je redoutais de me trouver en face de difficultés beaucoup plus grandes que celles que j'ai rencontrées, difficultés et perplexités qu'on ne comprend bien que lorsqu'on les a éprouvées en pratiquant cette opération..., je fixai l'intestin à la peau, après l'avoir attiré dans la partie antérieure de la plaie, au moyen de trois points de suture entrecoupée.

Une injection, faite dans l'intestin par l'anus anormal artificiel que je venais d'établir, permit aux matières de s'échapper avec abondance.

Je n'ai pas cru devoir réunir par des points de suture la partie postérieure de la plaie, parce que dans un cas semblable, où j'avais agi ainsi, je fus obligé de désunir la plaie pour donner une libre issue au pus et aux matières qui séjournaient au-dessous.

Cette opération a été admirablement supportée par la malade qui a fait preuve d'un courage bien rassurant pour un opérateur. Remise dans son lit, après avoir été nettoyée, son pouls n'était ni plus faible, ni moins fort, ni plus accéléré qu'avant l'opération.

Le soir, calme parfait ; il n'y a pas eu de vomissements ; des matières fécales en abondance sont sorties par l'anus artificiel.

Le lendemain 2, la nuit a été assez bonne ; mais le sommeil a été presque continuellement interrompu par les pansements qu'on a été obligé de faire à cause de la quantité énorme de matières fécales qui sont sorties par l'anus lombaire. La malade a ressenti quelques coliques ; elle n'a pas eu de vomissements ; le ventre est souple, insensible à la pression et affaissé comme dans l'état normal ; le pouls est à 80-85. Quelques heures de sommeil dans la matinée ont procuré à la malade une satisfaction qu'elle n'avait pas éprouvée depuis dix ou douze jours. Elle nous dit, à cette occasion, que si elle n'avait pas eu d'enfants, elle se serait jetée par la fenêtre pour mettre un terme à ses horribles souffrances que rien n'avait pu calmer : elle ajoute que dans certains moments, oubliant sa famille, elle aurait voulu pouvoir saisir la petite fiole qui contenait le laudanum dont on mettait quelques gouttes sur les cataplasmes pour l'avaler et en finir avec son existence qui lui était devenue insupportable. Aussi attendait-elle l'opération avec une grande impatience. Sa fille nous dit qu'elle comptait les heures avant notre arrivée, comme s'il se fût agi pour elle d'un événement heureux.

Le 3, visage calme, pas de fièvre ; il y a eu quelques heures de sommeil pendant la nuit. Coliques légères partant de l'hypogastre, contournant l'ombilic et venant se terminer vers l'anus artificiel, et suivies immédiatement de la sortie de gaz et de matières fécales.

Ce fait est probablement produit par le mouvement antipéristaltique qui fait remonter les matières et les gaz de l'obstacle que nous supposons exister dans l'S iliaque jusqu'au colon lombaire gauche.

Le 4, pouls à 76 pulsations. Le ventre est aplati et insensible à la pression. La plaie est vermeille (elle avait été recouverte, les jours précédents, de charpie imbibée d'une décoction de kk) et offre le meilleur aspect possible. L'une des sutures s'est détachée. La malade a rendu, par l'*anus normal*, des gaz qui ont produit un bruit très-fort.

Le 5, l'état de la malade est de plus en plus satisfaisant.

Les jours suivants, il est sorti par l'anus normal des matières fécales, mais en petite quantité, ce qui n'a pas empêché les évacuations par la voie artificielle qu'il ne faut pas chercher à fermer, car le passage des matières par l'anus n'a été que temporaire, et je n'ose espérer qu'il se rétablisse entièrement.

Aujourd'hui, trente jours après l'opération, la plaie est cicatrisée, l'anus artificiel est maintenu fermé par un bouchon de cire dans l'intervalle des évacuations. Enfin l'état actuel de madame B... fait espérer que l'opération qu'elle a subie aura un succès durable, puisque nous n'avons pas encore découvert de traces d'une affection organique capable de compromettre son existence.

Cette observation confirme tout ce que j'ai avancé déjà dans les différents mémoires que j'ai publiés sur le même sujet ; elle m'encourage beaucoup, et elle doit encourager les praticiens à ne pas craindre de la répéter au lieu de laisser mourir les malades, comme on le fait encore trop souvent.

Le diagnostic de l'occlusion du gros intestin, basé sur les antécédents, c'est-à-dire sur les vomissements, sur la suppression des selles et des gaz, sur la sortie de glaires, de sang et de putrilage par l'anus, est donc bien établi par tous ces signes.

Par conséquent, on peut désormais se fier à ce diagnostic, lors même qu'il n'y a aucun autre indice, c'est-à-dire absence de douleur, de tumeur et d'obstacle par le toucher, et le fait qu'on vient de lire est en faveur de la possibilité de préciser le diagnostic malgré les plus grandes difficultés.

Relativement au siége de l'obstacle, il ne suffit pas de savoir qu'il a lieu dans le gros intestin ; il importe aussi beaucoup de s'assurer à peu près à quelle hauteur il se trouve, afin de se décider à opérer à gauche ou à droite.

On est souvent fort embarrassé pour s'assurer de ce fait ; ni le toucher, ni la percussion, ni les douches, ni même les grandes sondes qui sont presque toujours illusoires et dangereuses, ne peuvent résoudre la difficulté. Il reste encore un moyen que je n'ai pas encore employé, c'est la ponction exploratrice avec un petit trocart. Peut-être pourra-t-on employer ce moyen dans d'autres cas semblables, si l'on reconnaît qu'il ne présente pas d'inconvénients. Alors il faudrait pratiquer deux ponctions : l'une dans l'intestin grêle, l'autre dans le gros intestin. Ce moyen pourrait permettre d'attendre et faire reconnaître dans quelques cas le siége d'une tumeur dans un des points du ventre, tumeur qu'il est impossible d'apprécier lorsque le ventre est ballonné et distendu à un certain degré par des gaz et l'accumulation des matières fécales. Mais dans ce cas ce moyen n'eût servi à rien, puisque le ventre étant affaissé, son exploration ne fait reconnaître aucune tumeur.

Il en eût été de même dans un autre cas que j'ai publié.

Lorsque rien ne peut indiquer le siége précis de l'obstruction du gros intestin, le lavement administré avec le plus grand soin est le seul moyen que j'aie trouvé pour s'assurer à quelle hauteur se trouve l'obstacle. Du reste, les signes fournis jusqu'à présent par la quantité d'eau injectée dans le rectum, et pouvant être conservée quelques instants par les malades, ont été très-concluants, et dans ce cas, comme dans les autres que j'ai publiés, ils n'ont pas été *trompeurs*.

Puisque sans aucun autre indice que le lavement, sans douleur, sans tumeur, sans obstacles appréciables ni par le toucher, par le rectum et par le vagin, ni par la palpation, nous avons pensé que l'occlusion était dans la dernière portion de l'S iliaque, et que nous avons opéré avec succès dans la région lombaire gauche, nous pouvons en conclure que ce renseignement, c'est-à-dire le lavement, suffit pour se décider, en l'absence de tout autre, à opérer à gauche ou à droite ; mais il faut être en garde sur l'administration du lavement, et le faire donner devant soi, avec le plus grand soin, c'est-à-dire avec toutes les précautions indiquées dans cette observation.

Relativement à l'opération, ce fait prouve qu'elle

n'est pas aussi difficile qu'on pourrait le croire et le craindre. Tous les temps, dans celle-ci, ont été aussi simples que possible; les *repères* ont été parfaitement exacts; ils ne nous ont point trompé.

Dans tous les cas, il est fort utile, avant de se décider à attaquer l'intestin, de laver et d'éponger avec soin la plaie, afin de pouvoir mieux observer les parties et chercher à distinguer l'espace cellulaire ou intermédiaire aux deux replis du péritoine. En faisant faire des efforts au malade ou en pressant légèrement le ventre, on pourra peut-être, comme dans ce cas, reconnaître le point où se réfléchit le péritoine.

L'ouverture de l'intestin est le point capital dans l'opération. Après avoir bien pris ses dimensions, je pense que pour la faire il vaut mieux tenir l'intestin avec deux ténaclum que de servir d'un seul de ces instruments et du fil qui a été placé préalablement.

Ainsi, après l'incision de l'aponévrose du muscle transverse, le coussinet graisseux s'est montré et a fait hernie.

Après l'incision du coussinet graisseux, l'intestin a été aperçu immédiatement; mais, il faut le dire, il ne présentait pas les caractères distinctifs du gros intestin.

Enfin, après avoir lavé la plaie, une tache jaune, probablement l'épiploon ou une appendice graisseuse allant et venant par les mouvements du ventre sous la réflexion du péritoine, nous a averti du danger, et le bord du carré nous a fixé sur le point précis où il fallait attaquer l'intestin.

Ici, nous avons pu facilement comparer les avantages de l'incision transversale que j'avais déjà proposée dans la *Relation de la maladie de Broussais* (p. 42) et que j'ai substituée définitivement à l'incision verticale proposée par Callisen. Sans elle, je n'aurais pas pu étudier aussi bien cette tache jaune, qui m'indiquait la limite du péritoine, éviter cette membrane et me diriger sans crainte. C'est donc là un avantage incontestable qui permet de voir, d'observer dans une plus grande étendue et de choisir le lieu où l'intestin doit être ouvert.

Dans ce cas, on a pu apprécier les avantages de la torsion des artères, puisqu'avec elle on se dispense d'un aide et on n'est pas obligé de se servir d'un fil. Avec des pinces, je me suis débarrassé promptement de l'écoulement incommode du sang.

C'est une ressource précieuse et infiniment préférable à la ligature sous tous les rapports, qu'il me soit permis de le dire encore à cette occasion. Tous les assistants ont pu apprécier l'avantage de manœuvrer seul et vite au fond d'une grande plaie, et de pouvoir continuer l'opération sans être embarrassé par des fils toujours gênants parce qu'on cherche à les éviter.

Du reste, les artères lombaires sont peu redoutables, surtout avec l'incision transverse, qui permet de les épargner autant que possible. Rarement on est forcé de les tordre, et en général elles sont très-petites.

Au premier abord, on pourrait croire que la plaie était trop grande en arrière, surtout en voyant l'anus artificiel placé fort en avant dans l'angle antérieur de la plaie; mais quand on réfléchit à l'importance de se guider sur le carré lombaire, on comprend pourquoi la plaie doit être étendue en arrière en longueur et en profondeur. Doit-on chercher à réunir cette partie de la plaie? Je ne le pense pas, parce que cette réunion serait difficile à pratiquer avec des sutures simples, et parce qu'elle ne permettrait pas de nettoyer convenablement une plaie qui demande à être entretenue dans un état de propreté extrême.

Relativement aux sutures de l'intestin avec la peau, je crois qu'elles sont utiles pour amener l'anus artificiel dans l'angle antérieur de la plaie. Dans toutes les opérations que j'ai pratiquées, j'ai obtenu ce résultat, et pourtant les sutures, qui ne tiennent que trois ou quatre jours, n'empêchent pas la rétraction de l'intestin dans le fond de la plaie; mais ce temps est suffisant pour faire adhérer l'anus artificiel dans l'angle antérieur de la plaie.

Les suites de l'opération ont été extrêmement simples. La malade n'a pas eu de fièvre. Serait-ce parce que j'ai moins attendu pour opérer que dans tous les autres cas? Cela est probable; mais n'oublions pas que le péritoine n'a pas été ouvert, pour nous rendre compte de l'innocuité de l'opération de l'anus artificiel par mon procédé, mieux démontrée encore par ce dernier fait que par tous ceux que j'ai observés. Et cependant je craignais les suites de l'opération, dans un moment où il régnait à Paris une épidémie de fièvres graves et d'érysipèles.

Il faut ajouter encore, pour expliquer le calme et l'absence de fièvre, que la malade désirait ardemment l'opération, qu'elle l'a acceptée comme un bienfait..., et que le soulagement qu'elle en a obtenu a soutenu son courage et entretenu son état moral dans des idées on ne peut plus favorables au succès complet de toutes les opérations.

Plusieurs jours après l'établissement de l'anus artificiel, des gaz sont sortis par l'anus normal, et au bout de quelques jours la malade a rendu des matières fécales par cette voie.

On peut expliquer ce fait de deux manières : ou bien le rétrécissement organique, gonflé à l'excès, s'est dégonflé et a permis aux gaz et aux matières de passer au-dessous, comme cela arrive pour l'urine dans les cas de rétrécissements de l'urètre; ou bien il s'est établi une voie latérale par la soudure des deux portions intestinales au-dessus et au-dessous du rétrécissement, et par une ulcération au centre de cette soudure, de cet adossement; on conçoit qu'il en peut être ainsi, en examinant la pièce recueillie chez Talma, et en lisant la relation d'une observation que j'ai publiée dans mon deuxième mémoire sur l'anus artificiel.

Quoi qu'il en soit, je n'espère pas encore que les matières fécales reprendront leur cours par l'anus normal, et qu'il sera possible de supprimer l'anus artificiel. Aussi n'ai-je pas osé jusqu'à présent favoriser la tendance de la nature à rétablir la voie normale autrement que par de petits lavements, parce que je crains de troubler le travail de la cicatrice et peut-être de nuire à mon opérée. Sans doute, les douches et les lavements forcés pourraient seconder la nature en bouchant provisoirement l'anus artificiel.

J'ai dit, dans le cours de cette observation, qu'il n'était pas indifférent d'établir l'anus artificiel sur

le colon lombaire gauche ou sur le colon lombaire droit. Et d'abord, énumérons les cas dans lesquels on est forcé d'ouvrir une voie artificielle sur le côté droit : 1° quand on a la certitude que l'obstacle au cours des gaz et des matières fécales est situé à une grande hauteur dans le gros intestin; 2° lorsque l'on reste dans un très-grand doute sur le siége de l'obstruction, malgré la quantité de liquide qui peut être introduite dans le rectum; 3° lorsque la maladie ayant été reconnue à gauche dans la dernière portion du gros intestin, on craint d'opérer dans le voisinage de parties déjà si disposées à l'inflammation. Pour établir le diagnostic dans les deux premiers cas, les lavements forcés doivent être employés en première ligne; et cependant ce moyen ne met pas à l'abri de l'erreur, parce qu'il existe des personnes atteintes d'une irritation chronique du gros intestin, qui, dans l'état ordinaire de leur santé, peuvent à peine recevoir un lavement entier. Or, si une obstruction de l'intestin survenait chez ces personnes, on ne pourrait pas conclure, de ce qu'elles ne peuvent recevoir qu'un seul lavement, que cette obstruction a son siége très-près de l'anus; mais, en dehors de ces cas rares, si un malade atteint d'une tympanite et d'une interruption complète du tube digestif, ne peut recevoir qu'une petite quantité de liquide par le rectum, on est autorisé à penser, et jusqu'à présent les faits que j'ai observés m'ont confirmé dans cette idée, que l'obstacle n'est pas à une grande hauteur. De même que si, dans des circonstances pathologiques semblables, un malade peut recevoir plusieurs lavements, on peut en conclure que l'interruption du canal digestif a son siége dans un point assez élevé.

Je n'ai pas besoin de dire que le diagnostic serait parfaitement établi si une tumeur avait son siége dans les régions occupées par la première portion du gros intestin, c'est-à-dire à droite ou dans le voisinage du colon transverse.

Enfin, dans le troisième cas, le diagnostic est facile à établir. Ainsi, par le toucher, par la palpation, par la percussion, on peut constater l'existence d'une tumeur qui se serait développée, soit dans la région lombaire gauche, soit dans la fosse iliaque, et qui aurait fini par obturer l'intestin. Mais si le ventre était ballonné, il serait difficile, sinon impossible, de reconnaître la présence de la tumeur, et alors le lavement forcé, indiquant à peu près la hauteur de l'obstacle, ne permettra pas d'opérer à gauche, dans un point trop rapproché des parties malades.

Lorsqu'on a été forcé d'opérer à droite par les raisons que j'ai indiquées, l'anus artificiel est suivi d'inconvénients qu'on retrouve à un degré infiniment moindre lorsqu'il a été établi à gauche, et ces inconvénients proviennent surtout de la grande étendue du mouvement antipéristaltique qui peut avoir lieu et que j'ai remarqué plusieurs fois. Ce mouvement, par lequel la portion du gros intestin, devenue inutile par le fait de l'opération, cherche à se débarrasser des matières fécales, qui, malgré l'ouverture artificielle, ont été entraînées par le mouvement péristaltique, est très-douloureux; les matières s'accumulent, reviennent difficilement pour sortir par l'anus artificiel; le colon transverse s'abaisse, et de ces causes, qu'on a beaucoup de peine à faire cesser par les purgatifs et par les lavements, il résulte une gêne très-grande pour les malades. J'ai même été obligé, dans plusieurs cas de ce genre, de débarrasser l'intestin des matières fécales en les retirant avec une longue curette de bois. Il faudrait donc pouvoir, lorsqu'on a été obligé de faire l'anus artificiel du côté droit, établir un éperon capable de s'opposer à l'ascension des matières au-dessus du point où l'anus artificiel a été établi; mais jusqu'à présent je pense que les avantages présumés de cette opération secondaire ne doivent pas faire oublier les dangers que son exécution pourrait présenter. D'ailleurs, l'intestin est attaché et fixé trop solidement à la paroi abdominale pour que l'on puisse compter sur la réussite de ce moyen.

Je pense donc, en résumé, qu'il faut y renoncer.

Jusqu'à présent, l'anus artificiel établi chez la malade qui fait le sujet de cette observation ne présente aucune tendance à livrer passage à la muqueuse intestinale, ou, en d'autres termes, la muqueuse ne tend pas à s'invaginer. Chez les malades que j'ai opérés, je n'ai jamais observé cette disposition fâcheuse qui se rencontre très-fréquemment à la suite des opérations par la méthode de Littre. Ainsi, M. Foullioux (de Brest), qui a vu la plupart des opérés de Duret et des autres chirurgiens de cette ville, m'a assuré qu'il existe chez tous une invagination plus ou moins grande. Peut-être cela tient-il au procédé, et je me range à l'opinion de M. Foullioux, qui pense que l'intestin ouvert par le procédé de Littre, étant flottant dans l'abdomen et fixé seulement à l'ouverture de la peau, est placé dans des conditions qui permettent beaucoup plus facilement l'invagination que lorsque l'anus artificiel est établi sur un intestin solidement fixé à la paroi abdominale, comme le sont les colons lombaires. Telle me paraît être la seule cause de la différence à l'avantage de mon procédé..... J'ajouterai que les malades opérés par la méthode de Littre sont soumis à une incontinence presque complète des matières fécales, tandis que tous les malades que j'ai opérés ont été constipés et ont éprouvé le besoin d'aller à la garderobe. Dans ces conditions, ils n'ont pas été un sujet de dégoût pour eux-mêmes et à charge aux personnes qui les ont entourées, comme s'ils eussent été atteints d'une incontinence des matières fécales. L'ouverture étroite de l'intestin est aussi une circonstance qui empêche le passage continuel et involontaire des matières.

En résumé, c'est la neuvième opération d'anus artificiel que j'ai pratiquée par mon procédé, c'est-à-dire par l'incision transversale de la région lombaire pour ouvrir les colons sans intéresser le péritoine, trois fois sur des enfants, six fois sur des adultes. Les enfants étaient atteints d'imperforation de l'anus, et j'ai opéré à gauche avec succès; les adultes étaient atteints d'obstruction du tube digestif : trois fois j'ai opéré à gauche, trois fois à droite.

Quelques considérations d'anatomie chirurgicale pathologique sur l'intestin colon lombaire.

Après la relation du fait que je viens de lire, je vais avoir l'honneur de vous soumettre quelques considérations d'anatomie pathologique chirurgicale

qui fortifient complétement les idées sur lesquelles repose l'opération.

Dans les différents mémoires que j'ai publiés sur ce sujet, j'ai seulement indiqué le point capital, c'est-à-dire la distension de l'intestin par la maladie qui exige l'opération ; mais aujourd'hui, après avoir rassemblé tout ce que je possède sur l'anatomie pathologique chirurgicale, c'est-à-dire sur l'état du colon lombaire et ses rapports dans les cas d'obstruction du gros intestin, je puis compléter la démonstration de ce fait et l'établir sur des bases plus certaines encore, sur des résultats d'autopsie d'adultes et d'enfants morts de tympanite stercorale.

Longtemps on a pensé que l'espace celluleux du mésocolon lombaire gauche était trop étroit et trop variable pour permettre de tenter d'ouvrir l'intestin de ce côté; il est juste de dire que les essais infructueux de Callisen et de Duret (de Brest), et l'examen trop superficiel des chirurgiens qui se sont occupés de cette question, avaient accrédité cette erreur, qui provient essentiellement de ce que les colons lombaires ont été examinés étant vides. Déjà, en 1838, dans la relation de la maladie de Broussais (p. 43), j'avais insisté sur ce point important.

Des études d'anatomie chirurgale m'ont conduit à trouver l'idée capitale, c'est-à-dire un large espace celluleux dépourvu de péritoine ; j'ai démontré ce fait d'abord par l'insufflation de l'intestin, par le succès de mes opérations, et aussi par des faits d'anatomie pathologique.

J'ai montré, dans une planche que je mets sous les yeux de l'Académie, l'intestin colon lombaire gauche d'une femme qui a succombé, sans avoir été soumise à aucune opération, quarante-six jours après une interruption complète du tube digestif, causée par un cancer de la partie inférieure de l'S iliaque. Le colon était fortement distendu, l'espace dépourvu de péritoine en arrière est très-large, et l'opération de l'entérotomie lombaire par mon procédé aurait pu être pratiquée facilement et avec succès.

Chez les enfants imperforés, la distension du colon lombaire gauche par le méconium et par les gaz développe, comme sur l'adulte, l'espace celluleux en proportion du volume qu'acquiert l'intestin distendu.

J'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie plusieurs dessins représentant les gros intestins d'enfants morts par suite d'une imperforation du tube digestif, et j'ai constaté le fait que je viens de signaler.

C'est donc un résultat constant fourni par l'anatomie chirurgicale, et qui confirme la possibilité de l'opération sans ouvrir le péritoine, même chez les enfants.

Il n'est pas inutile de rappeler ici les principales objections qui m'ont été adressées dès le principe de mes idées sur l'établissement d'une voie artificielle dans la région lombaire.

Ainsi, sans tenir compte du fait de la distension de l'intestin, lorsque l'opération est indiquée, on me disait que le méso-colon lombaire était si variable qu'on ne pouvait sans témérité tenter d'ouvrir l'intestin par sa face postérieure.

De même, pour la possibilité de la lithotripsie avec des instruments droits, sans s'arrêter à mes objections sur la manière vicieuse de constater la direction de l'urètre en insufflant la vessie et le rectum, on me disait qu'on ne pouvait sans témérité introduire des instruments droits dans un canal recourbé en S, et on me renvoyait aux pièces des cabinets d'anatomie de l'école.

Mais il existe encore un autre point d'analogie entre les objections adressées à ces deux opérations: c'est qu'après avoir été obligé d'accepter mes idées sur l'adulte, on s'est retranché sur les enfants et pour la lithotripsie et pour l'entérotomie lombaire.

Et qu'il me soit permis de faire un rapprochement curieux. C'est en désinsufflant la vessie et le rectum, que l'on distendait toujours, que j'ai été conduit à démontrer qu'on pouvait introduire les brise-pierres droits dans la vessie ; et c'est, au contraire, en insufflant les gros intestins que j'ai établi la possibilité d'ouvrir les colons dans la région lombaire sans pénétrer dans le péritoine.

Enfin, pour la vessie, on n'avait pas calculé l'impossibilité de la distendre par l'injection ou l'insufflation, afin de favoriser la *cystotomie sus-pubienne*, parce que, dans le plus grand nombre des cas où l'on pratique cette opération, la vessie est dure et hyperthrophiée.

Pour le colon, au contraire, on n'avait pas compté sur l'effet inévitable de la maladie, qui produit naturellement ce qu'on pouvait désirer.

Le point essentiel étant établi dans cette note, c'est-à-dire l'espace celluleux étant constant lorsque l'opération est indiquée, il ne me paraît pas nécessaire d'insister sur l'anatomie chirurgicale que j'ai traitée dans un autre mémoire ; qu'il me suffise de dire seulement que l'anatomie chirurgicale extérieure à l'intestin est invariable et qu'elle ne change pas : les rapports sont les mêmes ; il suffit de se rappeler la dernière côte, la crête iliaque, l'aponévrose postérieure du transverse, le coussinet graisseux et le bord externe du carré lombaire, pour se diriger sur le point de l'intestin que l'on doit ouvrir.

Relativement à l'opération, je l'ai suffisamment indiquée dans mes précédents mémoires ; cependant je tiens encore à insister ici sur le temps le plus important et le plus embarrassant, c'est l'ouverture du colon lombaire, puisqu'il faut se décider à l'attaquer sans avoir d'autre certitude que celle qui résulte de sa position constante; et, je dois le dire, rien n'indique positivement que c'est bien le gros intestin, je n'ai trouvé jusqu'à présent aucun caractère distinctif. Cependant la remarque que j'ai faite sur ma dernière opérée, c'est-à-dire l'observation d'une tache jaune qui indique la réflexion du péritoine en dehors de l'intestin, me paraît d'une grande importance et pourra, j'espère, se représenter dans des cas analogues.

Du reste, neuf fois déjà j'ai réussi sans ouvrir le péritoine, et deux fois sans que l'intestin fût distendu. La première fois sur M. T..., mon deuxième opéré, l'intestin était contracté. La deux ème fois, sur la malade qui fait le sujet principal de cette lecture, il n'y avait qu'une demi-distension.

Le danger d'ouvrir le péritoine est incontestable dans toutes les opérations que l'on pratique sur l'abdomen. Il suffit, du reste, de comparer les résul-

tats obtenus par le procédé de Littre et par le mien pour s'en convaincre.

J'ai opéré neuf fois par mon procédé, six fois sur l'adulte et trois fois sur les enfants; deux malades sont morts dix jours après sans avoir éprouvé d'accidents de péritonite, tandis que presque toujours, après le procédé de Littre, il s'est développé, au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures, des accidents inflammatoires du côté de cette membrane séreuse; et cela se conçoit, puisque, par ce procédé, le péritoine est ouvert deux fois.

Une autre preuve plus concluante et qui prouve mieux encore le danger d'ouvrir le péritoine m'est fournie par J. L. Petit. Ce grand chirurgien raconte franchement qu'il a tenté trois fois, presque malgré lui, la cure radicale des hernies par la simple incision du sac. Deux malades sont morts de la péritonite, et le troisième lui a donné de sérieuses inquiétudes; il cite aussi quelques autres faits analogues.

Il est donc incontestable qu'il y a un très-grand avantage à pouvoir éviter la lésion du péritoine dans une pareille opération. Aussi je pense que le procédé que j'emploie sera définitivement admis dans la science, et j'espère que désormais les praticiens, au lieu de laisser mourir les malades affectés d'obstruction du gros intestin; au lieu de dire que la maladie est au-dessus des ressources de l'art; au lieu d'éviter de se donner la peine de recourir à un moyen hardi..., j'espère que les chirurgiens s'empresseront de pratiquer l'opération que je propose, puisqu'il est démontré maintenant qu'on n'a pas à craindre d'ouvrir le péritoine.

En comparant l'opération de l'anus artificiel avec l'opération de la hernie étranglée, on peut arriver à des rapprochements utiles.

On trouve d'abord que les indications sont les mêmes, puisque l'une et l'autre de ces opérations sont réclamées par une occlusion du tube digestif.

L'opération est indispensable dans les deux cas, c'est le *sine quâ non*, c'est vivre ou mourir. On est donc aussi coupable dans un cas que dans l'autre, en laissant succomber les malades dont la vie peut être prolongée par l'opération.

Dans la hernie étranglée, il n'y a pas de temps à perdre; la gangrène arrive vite quelquefois, mais cet état peut amener la guérison du malade par l'établissement spontané d'un anus artificiel qu'on cherche à former plus tard.

Pour l'étranglement interne, on ne doit guère compter sur les ressources de la nature, car il est bien rare que l'obstacle cède ou qu'il établisse une voie latérale.

Relativement à l'opération, celle de la hernie est mieux indiquée, moins embarrassante. L'espace dans lequel on doit agir est bien limité, bien circonscrit, tant par la tumeur que par l'ouverture qui a livré passage à l'intestin.

L'entérotomie lombaire présente beaucoup plus d'incertitudes; elle n'est pas aussi tellement indiquée ni aussi urgente; l'opération est en elle-même plus embarrassante sans aucun doute; mais aussi elle est moins dangereuse que celle de la hernie étranglée, parce qu'on n'ouvre pas le péritoine.

En résumé, je crois avoir démontré par la triple voie de l'expérimentation, de l'anatomie chirurgicale pathologique et du résultat heureux de mes opérations, que le fait de la possibilité d'ouvrir le colon lombaire sans pénétrer dans le péritoine est maintenant établi d'une manière incontestable.

Je puis en outre ajouter que l'entérotomie lombaire a été tentée avec succès par plusieurs chirurgiens français et étrangers. Cette opération, qui est aussi indispensable que celle de la hernie étranglée, puisque l'une s'applique aux étranglements internes, tandis que l'autre s'applique aux étranglements externes, me paraît devoir être placée parmi les opérations les plus urgentes que les chirurgiens sont appelés à pratiquer lorsque toutes les ressources de l'art ont été employées infructueusement.

---

16. *Note sur l'extirpation des polypes utérins par torsion;* communiquée par M. le docteur Mathias Mayor, de Lausanne.

(Gazette médicale de Paris, N° 33.)

L'excision et la ligature des polypes qui sont implantés dans la cavité utérine se disputent la préférence, et leurs partisans réciproques interviennent avec tant de chaleur dans cette querelle qu'on serait tenté de croire qu'il n'existe aucun autre mode de se débarrasser de ces végétations. M. Lucien Boyer, en proposant à l'Académie de médecine un moyen de *sercision*, qu'il dit participer de ces deux genres d'extirpation, semble encore accréditer l'opinion généralement admise qu'on n'a pas d'autre procédé opératoire pour la destruction du pédicule de semblables corps parasites.

Il est cependant un troisième moyen qui diffère essentiellement des deux premiers, et qui l'emporte par la simplicité, l'énergie et l'innocuité : c'est la *torsion* pure et simple de la tumeur. Plus celle-ci sera volumineuse, plus aussi l'opération sera facile, puisqu'il suffira de saisir le polype et de le faire tourner sur son axe un certain nombre de fois pour qu'il se détache aussitôt et en fort peu de secondes.

Les deux observations suivantes, quoique très-succintes, tendent à prouver cette assertion, et ne sont pas dénuées de quelque intérêt. Il est évident que, si c'est la crainte d'une hémorrhagie qui préoccupe surtout les opérateurs lorsqu'ils extirpent les polypes utérins par la ligature, ils pourront parfaitement se rassurer, s'ils procèdent différemment, en réfléchissant au résultat infaillible du puissant moyen hémostatique que M. Amussat a mis en honneur et fait si bien connaître.

Obs. I. — Marianne E..., âgée de 55 ans, sujette depuis onze ans à des hémorrhagies utérines, s'aperçut, au printemps de 1843, qu'une tumeur se prononçait entre les grandes lèvres. Elle la prit pour une descente de matrice; et comme elle répugnait à se faire examiner et traiter, la grosseur parvint à un développement énorme, avec un aspect noirâtre et une odeur très-fétide. C'est dans cet état que la malade consentit à me consulter le 8 juillet dernier. Je trouvai à la vulve un corps tout semblable à la tête putréfiée d'un fœtus à terme, et qui, vu les antécédents, ne pouvait être que l'hémisphère inférieur d'un très-gros polype. Je le saisis aussitôt avec les deux mains portées aussi avant que je pus;

je l'attirai complétement hors du vagin pour le faire tourner trois ou quatre fois sur son axe, manœuvre qui me suffit pour rompre le pédicule et faire tomber la tumeur, sans produire la moindre sensation douloureuse.

Il n'y eut aucune hémorrhagie, et la malade quitta l'hospice douze jours après cette extirpation, sans avoir eu besoin de soins particuliers.

Obs. II. — Marguerite D..., âgée de 46 ans, était sujette, dès 1838, à des pertes utérines assez fétides, et qui avaient imprimé sur tout son être les caractères d'une profonde anémie. Je trouvai une tumeur qui remplissait le vagin aussi exactement que l'eût fait la tête enclavée d'un fœtus à terme; de sorte qu'il me fut impossible de porter le doigt ailleurs que sur la surface convexe et inférieure de ce corps. Je n'eus pas de peine cependant à lui reconnaître les principaux signes du polype fibreux. Son extraction n'étant possible qu'à l'aide du forceps, celui-ci fut appliqué de la même manière que s'il se fût agi d'extraire une tête volumineuse et qui aurait occupé toute l'excavation. Malgré de très-fortes tractions, la tumeur resta stationnaire; mais bientôt on la vit apparaître entre les grandes lèvres, et ce ne fut que par suite de redoublements d'efforts, à la seconde reprise et après un léger repos, que le polype monstre sortit brusquement de la vulve. Alors je le saisis entre les deux mains et le fis tourner quelquefois sur son axe, de manière à rompre son moyen d'union à la matrice. L'opération a duré environ huit minutes, et a été suivie de la déchirure du périnée, à la profondeur de 2 centimètres environ, quoique cette femme fût mère de quatre enfants.

Le polype pesait 6 onces, son diamètre longitudinal mesurait 115 millimètres, le transversal 105 et la circonférence 30 et 34 centimètres.

Parmi les nombreux assistants, j'avais le plaisir de compter le docteur Rattier (de Paris), qui passait à Lausanne pour se rendre en Italie et ailleurs en mission scientifique.

La santé générale s'est très-vite rétablie chez la malade; elle a pu sortir de son lit le troisième jour et a quitté l'hôpital le huitième.

J'ai, du reste, appliqué le principe de l'arrachement ou de la torsion aux tumeurs ou ganglions qui ont leur siége au cou ou sous le maxillaire inférieur. Après les avoir fait saillir et suffisamment disséqués, on parvient aisément, en effet, à les extraire en les tordant, et on évite par là d'être obligé de lier ou tordre un vaisseau artériel qu'il est parfois désagréable d'aller pincer au fond d'une plaie.

La torsion du pédicule d'un polype fibreux est, au demeurant, une opération sûre et sans aucun inconvénient, attendu qu'il est en quelque sorte friable et qu'il se déchire facilement. S'il ne peut pas être saisi avec les doigts, une ou deux pinces-érignes les remplacent avec succès. La torsion est loin, au surplus, d'être un procédé extraordinaire, puisqu'elle est employée partout pour l'extirpation des polypes du nez. Elle n'est donc ici que l'extension et la généralisation d'un excellent principe chirurgical.

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

17. *Etudes sur les maladies incidentes des aliénés;* par M. le docteur Thore, ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine, membre de la Société anatomique, etc.

(Suite : voir Encycl., t. 143, juillet 1844, p. 120.)

(Annales médico-psychologiques, juillet 1844.)

Maladies de la poitrine. -- Pneumonie.

Il n'existe point dans le cadre nosologique de maladie qui ait été décrite plus souvent et avec plus de soin que la pneumonie; elle a fait le sujet d'une foule d'excellentes monographies; elle a été étudiée chez l'enfant, chez le vieillard, et chaque jour voit naître de nouveaux travaux sur cette inépuisable matière. Cependant on a jusqu'à présent, que nous sachions, complétement négligé de noter les modifications qu'elle pouvait offrir chez les individus aliénés. Georget se contente d'indiquer sa fréquence; M. Bouchet, dans sa statistique des aliénés de la Loire-Inférieure, n'en dit que quelques mots. On ne trouve dans les leçons de M. Chomel que cette phrase : « La pneumonie qui survient chez les paralytiques et les idiots ne peut, le plus ordinairement, être reconnue que par la percussion et l'auscultation. (Page 328.) » M. Esquirol n'en a point parlé. On hésite avec raison, dit M. Ferrus, à considérer la pneumonie comme une inflammation du poumon lorsqu'elle s'accompagne à peine d'accélération du pouls, qu'il n'y a point de crachats rouillés, et qu'à l'autopsie on trouve la partie postérieure des poumons gorgée d'un liquide séro-sanguinolent un peu spumeux, mais sans hépatisation; on dirait que les poumons sont engoués dans leurs bords postérieurs par le simple décubitus prolongé en supination. MM. Dechambre et Hourmann, dans leur travail sur la pneumonie des vieillards, rapportent le fait suivant, qui, pour être isolé et fort peu détaillé, n'en a pas moins d'importance à cause du manque complet de documents sur le sujet que nous traitons. « M. le docteur Falret nous a communiqué l'observation curieuse d'une vieille femme morte brusquement de pneumonie dans son service, sans qu'aucun indice ait pu faire soupçonner l'état de la poitrine; mais il importe beaucoup de tenir compte de l'aliénation pour apprécier toutes les conditions qui ont rendu la phlegmasie latente. La vieille femme dont il s'agit, *reine de tous lieux*, était remarquable par sa loquacité habituelle et la vigueur des intonations de sa voix. Un matin, sans que rien ait indiqué chez elle le moindre changement morbide, au point qu'elle se promenait et pérorait

avec la même énergie de délire que de coutume, on la vit tomber et bientôt mourir. Le poumon tout entier était converti en hépatisation grise. (P. 37.) » M. Calmeil (art. *Aliénés*, *Dict.*, t. II, page 195) signale des inflammations pulmonaires dont la marche est régulière et franche, et d'autres de forme insidieuse et qui échappent souvent à l'examen. « Il arrive dans plus d'un cas qu'une hépatisation d'un lobe, de tout un poumon, n'est pas même soupçonnée pendant la vie ; le malade continue à manger, à se promener ; et si un accident imprévu le conduit au tombeau, on découvre avec surprise l'inflammation qui existe dans la poitrine. »

Voilà à quoi se réduit tout ce qu'on sait sur cette matière. Cependant la marche de la pneumonie, ses symptômes, son anatomie pathologique, présentent des particularités intéressantes à étudier, et la folie lui imprime un cachet propre qu'il importe de faire ressortir. C'est certainement la maladie qu'on observe le plus fréquemment chez les aliénés, et celle qui a l'influence la plus notable sur la mortalité. Sur soixante-seize individus qui ont succombé dans la division d'aliénés de Bicêtre, pendant l'année 1839, à des affections incidentes, et non aux progrès de l'aliénation, onze sont morts de pneumonie : ce qui fait un sur sept.

La variété du délire est un élément qu'il faut se garder de négliger. Parmi les aliénés, les uns sont condamnés à une réclusion perpétuelle ; d'autres, en raison de l'acuité de leur délire, ne font qu'un séjour de courte durée ; ceux-ci n'ont que des conceptions délirantes très-bornées ; ceux-là refusent toute nourriture, vivent au milieu de leurs excréments, et ressemblent plutôt à des brutes qu'à des hommes. L'action des causes, comme la forme des maladies, sera donc extrêmement variable. La pneumonie ne sera point la même chez un convalescent que chez un malheureux en proie à l'agitation la plus intense ; elle sera simple et d'un diagnostic facile dans un cas de manie, tandis qu'elle sera latente et quelquefois impossible à reconnaître dans la démence avec paralysie générale : c'est surtout dans cette dernière variété que nos observations ont été recueillies en plus grand nombre, et que nous avons rencontré des différences et des particularités qu'il est important de mettre en relief. Nous n'avons eu d'autre but que de noter ce qui était spécial à la pneumonie considérée chez les aliénés, et nous avons supprimé tous les détails qui n'étaient point caractéristiques.

Nous avons divisé les observations choisies parmi toutes celles que nous possédons en trois séries. Dans la première, nous plaçons les cas de pneumonie où les symptômes ont été bien accusés et le diagnostic facile ; dans la seconde, un certain nombre de phénomènes manquait, par exemple, l'expectoration, la toux, la douleur, etc. ; mais les signes fournis par la percussion et l'auscultation existaient encore ; dans la troisième série, ils étaient complétement ou presque complétement absents, et la pneumonie se présentait sous une forme latente.

Première série.

Obs. I. — *Manie aiguë de courte durée ; une pneumonie débute presque en même temps ; symptômes bien tranchés ; expectoration de crachats visqueux, transparents, d'un rouge intense ; matité ; respiration bronchique, bronchophonie, émissions sanguines ; guérison.* — K..., âgé de vingt-six ans, Polonais, tailleur, est à Paris depuis trois ans. Il dit jouir d'une bonne santé ; il paraît être d'une constitution peu vigoureuse. Son teint est pâle, ses muscles peu développés. Il n'a point éprouvé de chagrins, n'a jamais eu d'accès de délire ; pas d'habitudes d'ivrognerie.

Le 5 mai 1839, il va aux Champs-Elysées et s'y fait électriser. Les jours suivants, il souffre beaucoup de la température élevée qui régnait, exposé aux rayons du soleil dans une chambre qu'il occupe à un étage très-élevé.

Le 9, il paraît avoir été saisi d'un délire intense ; il criait, appelait un médecin ; il se jette dans un baquet plein d'eau où il reste un quart d'heure ; il s'en retire seul et se trouve beaucoup mieux ; on l'emmène au corps-de-garde, où l'on est obligé de l'attacher à cause de sa violente agitation ; il porte, en effet, la trace de plusieurs excoriations et de contusions nombreuses ; il est admis à Bicêtre le 10.

Le 11, il est tranquille et n'accuse aucun malaise, pas de frissons. Dans la soirée, il commence à rejeter des crachats sanguinolents.

Le 12, crachats transparents, visqueux, de couleur abricot en partie, et aussi d'un rouge intense et spumeux, adhérents au crachoir ; pas de douleur de côté ; quarante respirations par minute ; pouls à 114, assez plein. Dans le côté droit de la poitrine et dans toute sa hauteur, respiration bronchique et bronchophonie ; crépitation fine et sèche, ne se manifestant que dans la toux ; la sonorité est notablement diminuée. Traits un peu altérés ; face colorée.

Pectorale miellée ; saignée de 12 onces.

Le 13, même état ; le pouls et la respiration conservent la même fréquence ; crachats toujours rouillés et jaunâtres ; le caillot de la saignée est assez ferme et recouvert par une couenne épaisse.

Potion pectorale ; saignée de 12 onces.

Le 14, mieux prononcé ; le pouls bat 80 fois ; il présente de légères intermittences ; trente-six respirations par minute ; les crachats toujours visqueux et sanguinolents ; pas de toux ; dyspnée modérée ; persistance de la matité ; une crépitation fine a remplacé la respiration bronchique et la bronchophonie ; à la pointe de l'omoplate, elle est plus grosse et plus humide que dans l'aisselle.

Potion pectorale ; huile de ricin, 30 grammes.

Le 16, même état, même fréquence du pouls ; le râle crépitant de l'aisselle est plus humide.

Le 18, le pouls a repris de la fréquence, 108 pulsations ; peau chaude ; quelques crachats peu nombreux, encore visqueux, incolores ; la respiration s'entend bien dans toute l'étendue du poumon ; elle a conservé de la rudesse.

Pectorale miellée ; julep avec 4 grains de tartre stibié.

Le 20, pouls à 112 ; crachats encore visqueux ; rudesse du murmure respiratoire dans l'aisselle droite ; pas de selles ni de vomissements.

Potion pectorale ; on ne continue point le julep stibié.

Les 21 et 22, même état.

Le 23, le pouls est revenu à 84.

Le 24, la peau est fraîche, mais le pouls est fréquent, 112 ; disparition complète de la matité; murmure respiratoire normal.

Pectorale, potion avec teinture de digitale, 10 grains.

Dans les premiers jours de juin, la convalescence est complète. Le malade reprend cependant ses forces avec lenteur ; il n'a donné aucun signe de folie.

Il sort parfaitement guéri le 21 juin.

La réunion de la plupart des signes de la pneumonie chez les aliénés, de même que son heureuse terminaison, est une chose assez peu fréquente. L'observation qui précède est rapportée surtout dans l'intention de faire voir que toutes les formes de la phlegmasie du poumon peuvent se rencontrer chez eux. On s'explique facilement pourquoi la pneumonie a suivi une marche régulière, puisqu'elle a débuté au moment où le délire disparaissait, et que l'individu se trouvait, sous le rapport de l'intelligence, dans un état normal.

Obs. II.—*Démence ; pneumonie survenue sans cause connue ; douleur de côté ; absence d'expectoration ; matité; respiration bronchique et bronchophonie dans les deux poumons; émissions sanguines ; mort.* — S... était placé comme dément dans la section des incurables depuis plusieurs années ; il est brun, d'une constitution assez robuste. Le 20 août 1839, on remarque qu'il cesse de manger et reste couché. Le 21, on le trouve dans l'état suivant : il accuse une douleur assez vive au côté gauche de la poitrine ; matité dans le tiers inférieur de ce même côté; respiration bronchique dans un point assez circonscrit à la partie inférieure du scapulum ; bronchophonie peu intense ; pas de crépitation ; absence complète d'expectoration ; toux rare ; 56 respirations ; 120 pulsations ; la peau et la sclérotique ont une teinte jaunâtre ; à droite, souffle tubaire et matité dans le tiers supérieur.

Pectorale miellée ; saignée de 16 onces.

Le 22, respiration bronchique dans toute la hauteur du poumon gauche ; bronchophonie ; à droite, râle sous-crépitant éloigné et souffle tubaire ; absence d'expectoration ; la douleur a disparu ; le pouls a conservé la même fréquence ; prostration considérable ; caillot dense, non couenneux.

Trois ventouses sur le côté droit.

Le soir, dyspnée très-grande, pouls plein et très-fréquent.

Saignée de 12 onces.

Il meurt à une heure du matin.

Autopsie le 24. — Crâne. Epaisseur assez considérable des os ; la dure-mère est colorée en jaune; le feuillet viscéral de l'arachnoïde présente une teinte opaline et jaune dans quelques points ; les membranes s'enlèvent facilement, mais entraînent, en certains endroits, des portions de la couche corticale qui y restent attachées. Cette substance est notablement ramollie, s'enlève avec la plus grande facilité lorsqu'on la râcle avec le dos d'un scalpel ; la substance médullaire est à l'état normal ; les ventricules latéraux contiennent chacun une cuillerée de sérosité trouble ; pas de granulations de leur membrane interne.

Thorax. Adhérence de la plèvre costale et diaphragmatique à droite. Dans l'intervalle des lobes, pseudo-membranes jaunâtres, peu adhérentes et de récente formation. Tout le lobe supérieur de ce côté est complétement hépatisé au second degré ; le lobe inférieur, ramolli, friable et franchement granulé, adhère au diaphragme ; à gauche, point d'adhérences, fausses membranes jaunes, minces, demi-transparentes, disséminées sur toute la surface du poumon ; le lobe supérieur est seulement engoué ; l'inférieur complétement hépatisé en rouge. Le cœur est adhérent au péricarde dans toute son étendue, et uni par un tissu cellulaire très-dense et serré. Il est nécessaire d'en faire une complète énucléation. Epaisseur normale des parois ; un caillot jaunâtre remplit le ventricule et l'oreillette du côté droit, et se prolonge dans l'artère pulmonaire et ses divisions. Dans le ventricule gauche, caillot noir et diffluent.

Les autres organes sont sains ; le foie est pâle. Aucun obstacle au cours de la bile.

Ce fait est destiné à lier les observations de la première série à celles de la seconde. Ici quelques phénomènes locaux et les principaux signes fournis par la percussion et l'auscultation existent ; mais on voit déjà l'expectoration manquer ; ce qui peut à la rigueur s'expliquer par la rapidité avec laquelle a marché cette pneumonie double.

Deuxième série.

Obs. III. —*Démence avec paralysie générale ; tout à coup décomposition des traits, face terreuse ; absence d'expectoration ; accélération du pouls et de la respiration ; du côté gauche de la poitrine, matité, souffle tubaire et bronchophonie ; à droite, râles humides ; mort au bout de quelques heures ; hépatisation rouge à droite, grise à gauche.* — L..., âgé de quarante-cinq ans, ancien capitaine, marié, a cessé de servir en 1834 ; il ne paraît point avoir eu d'habitudes d'ivrognerie. Il a éprouvé de vifs chagrins à la suite de pertes considérables d'argent. Depuis cinq ou six mois, il éprouve de la difficulté à parler ; il a beaucoup maigri.

Il est admis à Bicêtre le 7 février 1839.

Le 8, sa mémoire est fort affaiblie de même que son intelligence ; il a la conscience de ce changement. Difficulté dans l'articulation des mots ; la langue sort en tremblant ; il serre avec peu de force, chancelle en marchant, et il lui arrive souvent de tomber ; le pouls bat 72 fois ; il est d'une extrême mollesse ; appétit assez franc ; digestions faciles.

Potion avec sirop de chicorée ; quatre ventouses à la nuque ; demi-portion.

On continue ce traitement pendant quelque temps sans grand succès. Depuis la fin de février, la paralysie générale a fait de rapides progrès ; tremblement presque continuel ; selles et urines involontaires.

Le 4 mars, on est frappé, au moment de la visite, de la décomposition de ses traits ; face terreuse et grippée ; yeux excavés ; secousses continuelles dans les membres ; soubresauts de tendons ; gêne de la

respiration ; la poitrine s'élève cependant peu ; langue brunâtre et encroûtée, dents fuligineuses ; absence complète d'expectoration ; pouls à 124 ; 52 respirations ; matité dans le côté gauche du thorax ; respiration bronchique et bronchophonie dans toute la hauteur du poumon ; à droite, sonorité diminuée, râles humides en grande abondance.

Pect., potion avec tartre stibié, 6 grains ; sinapismes.

Il meurt dans l'état qui vient d'être décrit, au milieu de la journée.

Autopsie le 6 mars, trente-six heures après la mort.

Habitude extérieure.

Cadavre d'un individu fortement constitué ; muscles très-développés ; encore assez d'embonpoint ; un liquide rougeâtre s'est écoulé de la bouche.

Tête. Téguments injectés à la partie postérieure ; les os du crâne ont peu d'épaisseur ; à la partie postérieure de la face interne de la dure-mère naît un ruban filamenteux de 2 lignes de largeur sur 2 pouces de longueur, qui va rejoindre la partie postérieure de la face du cerveau. L'arachnoïde viscérale et la pie-mère, séparées par un liquide gélatiniforme, s'enlèvent ensemble en entraînant avec elles une couche de substance corticale ; la face correspondante du cerveau est comme érodée. Cette disposition se remarque au tiers antérieur, et surtout le long de la grande scissure interlobaire ; une sérosité rougeâtre remplit l'intervalle des circonvolutions ; le tissu cérébral a sa consistance ordinaire et est imbibé de sérosité ; les ventricules latéraux dilatés par un liquide transparent et incolore ; quelques granulations de leur membrane interne.

Poitrine. Adhérences filamenteuses nombreuses et serrées, qui ne permettent d'enlever les poumons qu'avec beaucoup de difficulté ; le poumon droit est pesant, sain à sa partie antérieure ; mais dans toute sa partie postérieure sa tranche présente un tissu rougeâtre, inégal, friable, dont on exprime un liquide spumeux et rouge ; il ne surnage point ; le tissu du poumon gauche est de couleur grise, très-friable ; il en sort un liquide purulent d'un jaune-rougeâtre. Dans le lobe inférieur, petit abcès du volume d'une noisette ; liquide spumeux très-abondant dans ces bronches.

Cœur. Le ventricule droit contient un caillot quadrilatère jaunâtre, intriqué dans les colonnes charnues, et se prolongeant jusque dans les divisions de l'artère pulmonaire, étranglé et divisé en trois languettes au niveau des valvules sigmoïdes ; les parois du ventricule gauche ont 7 lignes d'épaisseur.

Abdomen. Le grand cul-de-sac de l'estomac est d'un gris-noirâtre ; lambeau de 4 lignes ; muqueuse intestinale saine ; la vessie est dilatée par une assez grande quantité d'urine ; les autres organes n'ont rien offert de remarquable.

L'absence de la toux, de l'expectoration, de la douleur, les signes d'auscultation manquant d'un côté, existant de l'autre, la rapidité de la marche, sont les traits les plus saillants de cette observation.

Obs. IV. — *Démence avec paralysie générale, pneumonie gauche ; respiration bronchique et bronchophonie qui disparaissent bientôt pour être remplacées par des râles humides ; absence de toux, de crachats, de douleur de côté ; mort ; hépatisation du poumon gauche.* — C..., âgé de soixante-quatre ans, marchand de volaille, à Paris depuis cinq ou six ans, est entré à Bicêtre dans le commencement de juin 1839. Il est de petite taille ; sa tête est très-développée. Il a présenté quelques symptômes de démence ; il est devenu agité, s'obstinait à garder des positions qu'on ne pouvait lui faire quitter ; il paraît faible. Commencement de paralysie générale.

Le 9 juin : depuis deux jours, les infirmiers ont remarqué qu'il mangeait moins ; il se levait et se promenait sans témoigner la moindre souffrance.

Le 11, on est frappé, au moment de la visite, de l'altération de ses traits et de la pâleur de sa face ; la respiration paraît accélérée. On l'examine avec soin, et l'on reconnaît, dans un point peu étendu de la poitrine, du côté gauche et dans le tiers inférieur, de la matité avec bronchophonie et souffle tubaire ; râle muqueux du côté droit, absence complète de toux, d'expectoration, de douleur ; le pouls est faible et bat 100 fois par minute ; 44 respirations. La peau est froide.

Potion stibiée ; vésicatoire sur la poitrine ; sinapismes.

Le 12, il est dans le même état ; aucun changement dans les phénomènes d'auscultation. On lui administre la potion stibiée.

Le 13, un peu de réaction ; la peau est chaude ; le pouls à 140, faible ; 40 respirations ; pas de toux ni d'expectoration. Il est impossible de retrouver la bronchophonie et la respiration bronchique dans le point où elle a été constatée la veille ; râles humides dans toute l'étendue de la poitrine. Pas de vomissements ni de selles.

Potion stibiée.

Son état s'aggrave dans le courant de la journée, et il meurt le soir.

Autopsie. Epaississement et opacité de l'arachnoïde viscérale ; sérosité gélatiniforme dans le tissu cellulaire sous-jacent ; point de ramollissement de la couche corticale ; œdème du cerveau ; une once de sérosité limpide dans chaque ventricule.

Thorax. Dans la plèvre gauche, trois ou quatre onces de sérosité rougeâtre ; le lobe supérieur du poumon de ce côté est tremblotant, infiltré de sérosité qui s'en écoule à la pression sous la forme d'un liquide spumeux et incolore ; le lobe inférieur est coloré et brun-rougeâtre ; sa consistance est diminuée, pas d'aspect granulé ; il ne surnage point. A sa partie moyenne et dans un espace très-limité, il est compacte, friable ; sa tranche est granulée ; il se précipite au fond d'un vase rempli d'eau ; sa teinte est aussi d'un rouge-brunâtre ; le poumon droit est sain ; les bronches des deux côtés sont remplies par un liquide écumeux et jaunâtre ; le cœur est volumineux ; ses parois sont plus épaisses qu'à l'état normal ; productions ostéo-cartilagineuses à la valvule mitrale ; point d'insuffisance. Les viscères abdominaux ne présentent rien qui mérite d'être noté.

Obs. V. — *Démence avec paralysie générale, délire ambitieux ; agitation maniaque brusquement remplacée par un affaissement considéra-*

ble ; accélération de la respiration et du pouls ; toux ; absence d'expectoration ; râle crépitant ; pas de matité ; mort ; pneumonie au premier degré.—D... x, blond, tempérament lymphatique, paraissant âgé de trente-huit ans environ, est amené à Bicêtre dans un état d'agitation maniaque avec délire ambitieux très-prononcé. Il est lieutenant au 51e régiment de ligne ; il a reçu la veille 2,000 fr. et la croix d'honneur pour un service qu'il aurait rendu à la reine. Sa femme lui a donné des coups de couteau. Il se plaint de souffrir, d'avoir soif, d'éprouver de la fièvre. Signes de paralysie générale ; les lèvres sont tremblantes de même que la langue, qui sort en vacillant; difficulté assez grande pour articuler les mots. Pouls à 100, face colorée, yeux injectés, selles et urines involontaires.

Prescription. Ventouses scarifiées à la nuque, 10 onces de sang. Lavement avec le miel de mercuriale. Orge. Affusions tièdes et refroidies graduellement.

Le 8 juin, même état. Toujours de l'agitation ; ses idées ambitieuses ne l'abandonnent point. Langue toujours embarrassée. On n'a pas pu obtenir de renseignements sur le compte de cet aliéné.

Le 20, persistance du délire ambitieux ; il se dit maréchal de France ; il dispense des honneurs, des croix, etc. La paralysie fait de rapides progrès ; il prononce beaucoup de mots qu'il est impossible de comprendre, tant ils sont mal articulés. Agitation continuelle. Il parle sans cesse et à haute voix, entretient des conversations avec les autres malades. Pas de sommeil. Face injectée.

P. Orge. Sinapismes.

Le 22, la veille au soir, son délire, qui était bruyant et continuel, a cessé brusquement. Il ne parle plus et reste fort tranquille ; l'agitation a complétement disparu. Le lendemain, on le trouve, au moment de la visite, dans l'état suivant : décubitus dorsal, traits un peu altérés, dents fuligineuses, langue couverte d'un enduit noirâtre, sèche et un peu fendillée. Il ne parle plus, répond à peine aux questions qu'on lui adresse. La respiration est accélérée, à 32. Pouls faible, à 96. Un peu de toux, absence complète d'expectoration. A l'auscultation, on constate dans toute l'étendue de la poitrine des râles humides à grosses bulles, et du râle sous-crépitant disséminé et plus prononcé dans l'aisselle gauche.

Prescrip. Mauve, sirop de gomme. Sinapismes.

Il meurt peu de temps après, à neuf heures du matin.

Autopsie. — Tête. Un peu d'injection de la dure-mère ; légère quantité de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde, 100 grammes environ. Le feuillet viscéral de l'arachnoïde est un peu opaque et épaissi. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est infiltré d'une petite quantité de sérosité trouble. La pie-mère s'enlève avec assez de facilité de la convexité du cerveau. La substance cérébrale offre sa consistance et sa coloration normales. Les ventricules contiennent chacun 30 grammes de sérosité trouble et grumeleuse ; leurs parois ne sont pas granulées.

Thorax. Cœur normal. Les poumons, crépitants en avant, sont dans toute leur hauteur en arrière colorés en rouge-noirâtre, à peine crépitants; leur tissu est légèrement ramolli, le doigt s'y enfonce avec facilité ; il s'écoule un liquide rougeâtre et assez limpide à la coupe ; il est peu abondant. Les parties qu'on projette sur l'eau y surnagent. Mêmes caractères pour le poumon gauche, qui est très-adhérent.

Abdomen. L'estomac et l'intestin n'offrent rien de remarquable. La vessie est vide.

C'est le seul cas de pneumonie au premier degré qu'il nous ait été permis de constater par l'inspection cadavérique. Ce n'est que dans les pneumonies secondaires qu'on rencontre l'engouement isolé. M. Grisolle, dans son excellente monographie, a, dans un relevé de 75 cas, trouvé que, sur 30 individus, l'inflammation n'avait point dépassé cette période. Il explique très-bien comment alors la phlegmasie pulmonaire amène la mort avant que les altérations qu'on observe dans les cas ordinaires aient eu le temps de se former. Ici l'individu a succombé trente-six heures après l'invasion de la pneumonie. Il était déjà épuisé par l'agitation à laquelle il était en proie, par la durée de la maladie mentale et la détérioration profonde qu'elle avait imprimée à toute l'économie. L'observation suivante est analogue, et nous la rapportons en l'abrégeant.

Obs. VI. — *Démence avec paralysie générale, bronchite ; pneumonie double au premier degré.* — J. (Alphonse), âgé de trente-deux ans, entre, le 3 avril 1839, à l'hospice de Bicêtre, sans qu'on ait de détails sur ses antécédents et les motifs de son admission. Un peu d'agitation, il dérange sans cesse son lit. Il parle beaucoup ; sa langue est embarrassée. Signes évidents de démence et de paralysie générale déjà assez avancée.

Orge ; bain.

Le 8 mai, agitation qui nécessite l'emploi de la camisole ; altération brusque du facies ; langue fuligineuse ; pouls fréquent ; respiration difficile et précipitée ; pas de matité ; mélange de râle sibilant et muqueux ; crachats opaques, d'un jaune-verdâtre ; toux rare.

Le 10, traits plus profondément altérés ; fuliginosité très-prononcée des lèvres ; sécheresse de la langue ; prostration extrême ; 40 respirations ; pouls à 120, faible, déprimé ; pas de douleur de côté, absence de matité ; persistance des mêmes râles ; pas d'expectoration ni de toux.

Mort à onze heures du matin dans cet état.

Autopsie, le lendemain, dix heures du matin.

Tête. Les membranes du cerveau sont légèrement épaissies, un peu infiltrées de sérosité, sans adhérence ni friabilité. La substance grise est pâle et décolorée ; la blanche d'une fermeté remarquable, sèche, condensée, comme si elle avait macéré dans un acide. Trois cuillerées de sérosité dans les ventricules latéraux ; les parties blanches centrales plus résistantes qu'à l'état normal, surtout la voûte à trois piliers ; granulations sur les parois des ventricules latéraux. Dans le troisième, de la sérosité en grande quantité ; on la fait jaillir par la tige pituitaire en exerçant une certaine pression sur les hémisphères.

Thorax. Les poumons sont fortement engoués dans tout le tiers postérieur et dans toute la hauteur ; le tissu pulmonaire d'un rouge sombre, légère-

ment friable, crépitant encore et surnageant; on en exprime un liquide spumeux et rougeâtre. Dans plusieurs points, sa consistance commence à diminuer; état voisin de l'hépatisation rouge. Plèvres à l'état sain. Les bronches laissent écouler un liquide jaune opaque puriforme; leur muqueuse de couleur violette; pas de ramollissement ni d'épaississement notables.

Troisième série.

Obs. VII. — *Démence avec paralysie générale; tout à coup prostration considérable; refus de nourriture; râle muqueux très-abondant dans toute l'étendue de la poitrine; absence de phénomènes d'auscultation caractéristiques; mort rapide; hépatisation rouge des deux poumons.* — B... est entré à Bicêtre le 28 novembre 1837 comme affecté de démence avec paralysie. Il avait passé quelque temps à l'infirmerie générale pour une plaie contuse à la jambe. Il avait été aussi, à cette époque, soumis sans succès à l'emploi du seigle ergoté pour une rétention d'urine.

Le 10 février 1839, il se tenait debout, mangeait, etc., et ne donnait aucun signe de maladie.

Le 11, au moment de la visite, il n'avait offert aucun symptôme qui dût attirer l'attention.

A midi, il refuse les aliments qu'on lui présente. On le couche; vers le soir il commence à faire entendre un râle trachéal assez fort. Appelé aussitôt auprès de lui, nous le trouvons dans un état de prostration considérable. On ne peut obtenir aucune réponse; les cornées sont ternes; sueur froide répandue sur tout le corps; respiration extrêmement précipitée, haute et bruyante; le pouls est plein et dur, il bat 110 fois; sonorité presque normale de la poitrine, eu égard à l'obésité du malade; l'auscultation ne permet d'entendre qu'un râle muqueux très-abondant qui remplit toute l'étendue de la poitrine.

On pratique une petite saignée et l'on prescrit la potion stibiée; sinapismes.

Le malade meurt dans la nuit.

Autopsie. Les membranes arachnoïde et pie-mère sont adhérentes à la substance grise, dans un espace peu étendu de la partie inférieure des hémisphères; infiltration de sérosité gélatiniforme. Le cerveau a sa consistance et sa coloration normales.

Thorax. Adhérences filamenteuses des deux plèvres. Le poumon droit, sain en avant, est dans toute sa hauteur, en arrière, d'un rouge foncé, compacte, friable; il ne surnage point, sa tranche est granulée, quelques parties sont encore crépitantes; à gauche, le lobe inférieur est aussi compacte, grenu, plus pesant que l'eau; un liquide épais et rougeâtre s'écoule à chaque incision; les bronches des deux côtés sont remplies d'un mucus puriforme.

Les autres organes à l'état sain.

Obs. VIII. — *Manie aiguë; agitation considérable; mouvement fébrile intense; râles humides dans toute l'étendue de la poitrine; mort; le tissu des deux poumons a une teinte rosée; il est compacte, non granulé, friable, ne surnageant point; carnification.*—G..., admis le 7 juillet 1839, sans qu'on ait pu recueillir le moindre renseignement sur ses antécédents, présente dès son entrée une agitation très-considérable. Sa face est colorée; il pleure, il chante, il fait de continuelles grimaces; il est impossible d'en obtenir une réponse raisonnable; il ne profère que des injures, des paroles ordurières et obscènes; loquacité très-grande; incohérence; pas d'idées dominantes; illusion des sens et en particulier de la vue; il prend un infirmier pour son fils, et veut le tuer à coups de bâton; il crache à la figure de ceux qui l'entourent. Ses lèvres sont encroûtées, les dents fuligineuses, langue sèche, fendillée, brunâtre. Le 19, la respiration haute et fréquente; peau chaude, pouls à 112; pas de matité bien prononcée. Ce phénomène est d'ailleurs fort difficile à bien constater à cause de l'agitation du malade et des cris qu'il pousse sans cesse; on ne peut entendre dans toute l'étendue de la poitrine que des râles humides; absence de toux et d'expectoration.

Eau de veau; potion stibiée, 6 grains; pectorale.

Le 20, agitation très-grande pendant la nuit; il est plus calme au moment de la visite; la face est colorée et couverte de sueur; respiration bruyante et haute, 20 inspirations par minute; le pouls plein et fréquent, à 126; râles humides dans toute l'étendue de la poitrine: lèvres encroûtées, dents couvertes de fuliginosités; il y a plusieurs vomissements; point de selles, pas de toux, de crachats; il n'accuse point de douleur.

Presc. *ut supra.*

Le 21, même état; persistance des symptômes indiqués; la potion stibiée n'a point donné lieu à des vomissements et à des déjections alvines; prostration; langue toujours sèche, fendillée, recouverte d'un enduit brunâtre; aspect typhoïde. L'agitation et le délire ont presque complétement cessé.

Pect., pot. stibiée.

Il meurt dans la journée.

Autopsie. Aucun épaississement; aucune infiltration des membranes; circonvolutions développées, turgescentes, injectées; consistance normale du tissu cérébral; pas de sérosité dans les ventricules; les deux poumons sont très-compactes, très-durs; ils ont une teinte rosée; on peut en exprimer une certaine quantité de sérosité écumeuse; le tissu est friable, les doigts peuvent s'y enfoncer facilement, la tranche n'est point granulée; la surnatation n'a point lieu; écume dans les bronches.

Les autres organes sont à l'état sain.

Les lésions anatomiques trouvées chez cet aliéné pourraient être le sujet d'une discussion que nous ne soulèverons point ici. Il paraît bien certain cependant qu'elles peuvent être rapportées à cette variété appelée carnification.

Obs. IX. — *Démence avec paralysie générale; tout à coup prostration; absence de douleur, de toux, d'expectoration; accélération de la respiration et du pouls; râle muqueux dans toute l'étendue de la poitrine; mort rapide; hépatisation rouge des poumons.* — D...., âgé de trente-huit ans, est entré à Bicêtre, dans le mois de juillet 1837, comme atteint de démence avec paralysie générale. Cette affection a fait de continuels progrès depuis son admission. Affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence, difficulté très-grande pour articuler les mots; la faiblesse des membres inférieurs lui

permet à peine de se tenir debout ; il commence à avoir des selles et des urines involontaires, lorsqu'on le fait passer dans une salle de gâteux au commencement du mois de mars 1839.

Le 19 mars, on le trouve couché en supination. La respiration paraît gênée ; il n'accuse aucune douleur ; bien loin de là, il dit se porter fort bien ; la veille, à la visite, on l'avait trouvé assis ; il mangeait comme à l'ordinaire, ne présentait aucun symptôme qui dût attirer l'attention. Absence complète de toux et d'expectoration ; la respiration est accélérée. Mais il faut examiner le malade avec beaucoup de soin pour reconnaître qu'il y a 48 inspirations à la minute, parce que la poitrine se soulève à peine ; pouls sans résistance, à 120 ; matité peu prononcée des deux côtés. Il est impossible de constater la respiration bronchique, la bronchophonie, ou la crépitation dans aucun point de la poitrine ; dans toute son étendue, râle muqueux très-abondant.

Inf. pectorale ; potion émétisée, 6 grains.

Le 20, même état ; la potion émétisée n'a point été vomie, elle donne lieu à quelques selles ; la circulation et la respiration toujours précipitées ; l'auscultation ne donne toujours que des signes négatifs ; le malade s'affaisse et ne peut plus répondre aux questions.

Inf. pectorale ; potion stibiée, 6 grains ; sinapismes.

Il meurt à deux heures du matin.

Autopsie, le 22 mars à onze heures, par une température de 7 à 8 degrés.

Crâne. Adhérence de l'arachnoïde viscérale et de la pie-mère à la substance cérébrale ; infiltration sous-arachnoïdienne de sérosité gélatiniforme ; la membrane interne des ventricules est granulée ; ils ne contiennent aucun liquide.

Thorax. Les plèvres sont vides ; quelques flocons pseudo-membraneux à la base des poumons ; tout le lobe inférieur du poumon gauche est compacte, lourd, plus pesant que l'eau : sa coupe est granulée ; il s'en échappe un liquide épais, rougeâtre et non spumeux ; les grosses bronches contiennent une assez grande quantité de mucosités ; leur muqueuse est d'un rouge violacé, elle a son épaisseur et sa consistance normales ; le lobe inférieur du poumon droit n'offre point un degré d'hépatisation aussi avancé ; les deux lobes supérieurs sont farcis de tubercules crus ; au sommet du poumon gauche il en existe un assez gros dans un état voisin du ramollissement.

Cœur volumineux. Caillots fibrineux dans le ventricule droit, se prolongeant dans les divisions de l'artère pulmonaire ; l'oreillette gauche est remplie de sang noirâtre.

L'estomac et les intestins à l'état normal ; ecchymose sous-péritonéale peu étendue en avant et au-dessus de la vessie.

Nous allons maintenant tracer l'histoire de la pneumonie chez les aliénés, non point seulement d'après les observations qu'on vient de lire et que nous avons choisies dans chaque catégorie de faits, mais d'après toutes celles que nous avons recueillies pendant l'année 1839.

§ 1er. — *Fréquence de la pneumonie et son influence sur la mortalité chez les aliénés.* — Georget place, parmi les maladies aiguës, la péripneumonie en troisième lieu après l'entérite et la fièvre ataxique et adynamique, et peut-être l'aurait-il placée au premier rang, s'il avait reconnu que beaucoup de ces fièvres adynamiques étaient des phlegmasies du poumon dont la marche et les symptômes présentaient une forme latente.

M. Calmeil dit (Dictionn. en 25 vol., t. II, p. 194) : « Sur 100 insensés pris au hasard, on peut affirmer que plus de 60 conservent ou bien ont eu dans les poumons des tubercules et des hépatisations. » Nous ignorons pourquoi M. Calmeil réunit ici les tubercules et la pneumonie. Ces deux affections n'ont point une affinité assez grande pour qu'on puisse les confondre dans un même calcul. Heureusement il s'explique d'une manière plus précise : « On observe, ajoute-t-il, divers degrés d'hépatisation sur le cinquième des aliénés qu'on ouvre, abstraction faite des cas de phthisie pulmonaire. »

M. Bayle a trouvé que la pneumonie comptait pour un neuvième environ dans les maladies incidentes des aliénés.

M. Bouchet, dans sa statistique des aliénés de la Seine-Inférieure, parle de ces pneumonies aiguës, marchant obscurément, quoique avec rapidité ; mais il n'indique point leur fréquence relative, il les regarde comme constamment funestes : « La nature de la maladie ôte au diagnostic ses principaux signes, et à la thérapeutique ses moyens d'action les plus efficaces. » Il est le premier, avec M. Calmeil, qui ait donné quelque attention à la pneumonie considérée chez les aliénés ; mais tout ce qu'il en dit se réduit à quelques lignes.

Sur 106 individus qui avaient succombé à des affections intercurrentes, 24, d'après ce médecin, étaient morts à la suite de la pneumonie.

M. Lawrence, chirurgien en chef de l'hospice de Bethlem, a noté que les poumons étaient hépatisés 23 fois sur 72 autopsies qu'il a faites.

Sur 105 déments et maniaques, M. Aubanel a vu 15 fois l'inflammation du poumon être cause de mort. Il a remarqué que dans la démence paralytique elle n'a jamais été franche, et il a noté l'obscurité des signes physiques, l'absence de toute réaction, et la gravité des altérations pathologiques, qui étaient peu en harmonie avec les symptômes observés.

On doit être étonné de voir M. Esquirol garder un silence complet sur la maladie qui nous occupe, dans les différents relevés statistiques des articles *Folie* et *Lypémanie* de son dernier ouvrage. C'est en vain qu'on y cherche la pneumonie, elle n'y est pas même indiquée une seule fois ; il est cependant impossible que ce savant praticien n'ait point, dans sa longue carrière, été frappé de l'importance de la pneumonie parmi les maladies qui compliquent l'aliénation mentale.

Quoi qu'il en soit, nous la regardons, avec l'entérite, comme la maladie la plus commune, et sa terminaison, souvent fâcheuse, fait qu'elle exerce sur la mortalité une notable influence. Ainsi, comme nous l'avons déjà dit, sur 76 individus qui ont succombé à des affections incidentes, et non aux progrès de la folie, 11 sont morts de pneumonie ; le rapport est de 1 à 7.

§ II. — *Etiologie.* — L'étude des causes, comme celle des symptômes, est entourée d'un grand nombre de difficultés. Il n'est guère possible de tirer des renseignements précis d'individus qui délirent et sont dans une agitation incessante, ou de ceux qui n'ont plus de mémoire, d'intelligence et de langage ; aussi aurons-nous plutôt à faire saillir des prédispositions que des causes occasionnelles.

Une première condition qui doit favoriser le développement de la pneumonie, c'est, sans contredit, le jeu incomplet des forces respiratoires. Chez la plupart des déments paralytiques, le système musculaire est dans un état d'énervation tel, que les muscles du thorax et le diaphragme se contractent imparfaitement ; l'hématose se fait avec difficulté, le sang circule avec lenteur dans tout l'appareil pulmonaire, et il est facile de s'expliquer ainsi la congestion et l'inflammation du tissu pulmonaire.

Le décubitus dorsal, qu'ils gardent d'une manière presque constante, malgré les escarres énormes du sacrum, favorise nécessairement la stase du sang dans la partie postérieure de la poitrine : aussi est-ce toujours dans ce point que l'hépatisation a lieu ; et plus fréquemment dans le lobe inférieur à droite et le lobe supérieur à gauche, ainsi que l'ont noté MM. Hourmann et Dechambre chez les vieilles femmes de la Salpêtrière.

L'épuisement qui résulte des maladies chroniques, comme le scorbut, la diarrhée, etc., la détérioration lente que subit tout l'organisme, impriment à la maladie des caractères particuliers.

Sans vouloir attacher trop d'importance à la relation qui existe entre la peau et la membrane muqueuse des voies aériennes, nous ne pouvons nous empêcher de signaler l'absence ou la notable diminution de la perspiration cutanée. On sait que chez la plupart des aliénés la peau est brune, cuivrée, complétement sèche et comme tannée.

Le froid, on ne peut le nier, a une grande importance dans l'étiologie de la pneumonie : aussi est-ce dans l'hiver qu'elle a été plus fréquente. L'action de cet agent est d'autant plus certaine qu'elle s'exerce sur des individus incapables de la moindre réaction : aussi est-il à Bicêtre des salles où l'on peut prédire que plusieurs cas de pneumonie vont apparaître, lorsqu'il survient un abaissement assez considérable du thermomètre ; les salles du rez-de-chaussée sont surtout dans ce cas, parce que le chauffage y est plus difficile et la ventilation plus nécessaire.

Le froid humide est aussi plus à craindre que le froid sec ; c'est ce qui explique pourquoi elle est plus fréquente dans les endroits qu'il faut souvent laver à grande eau, à cause des soins de propreté indispensables, et chez les malades qui, au milieu de leurs draps imbibés d'urines et de fèces, se trouvent toujours placés dans une atmosphère froide et humide en même temps.

Les changements brusques de température, qui ont lieu d'ordinaire dans les mois de mars et d'avril, peuvent être aussi placés parmi les causes. On remarque qu'au commencement du printemps et au milieu des alternatives de chaleur et de froid, de sécheresse et d'humidité, on observe plus souvent la pneumonie que par une gelée assez forte, mais qui dure depuis quelque temps. C'est dans les mois de mars et d'avril que la mortalité a atteint son maximum pendant l'année 1859.

Depuis qu'Hippocrate, que Celse a reproduit littéralement (lib. 2, cap. 1), a dit : « Sin aquilonia et tempestas fuerit, tusses movet..., horrores excitat laterum et pectoris (aph. 5, sect.), » on a toujours insisté sur l'importance que peuvent avoir les vents du nord et du nord-est dans les phlegmasies pulmonaires. Nous aussi, nous avons fait la même remarque ; mais comme toujours, lorsque les vents soufflent dans cette direction, il existe un abaissement assez considérable de la température, il nous est difficile de faire la part d'action qui leur revient, et nous sommes porté à voir là, plutôt une coïncidence qu'une cause bien évidente.

S'il est vrai que la pneumonie soit plus commune dans les lieux secs et élevés, l'hospice de Bicêtre, où nos observations ont été faites, isolé et placé loin des murs de Paris, sur une colline assez haute, se trouverait dans cette condition. Il est bien certain qu'il existe une différence très-marquée entre la température moyenne de Bicêtre et celle de Paris.

Quelques auteurs ont attribué une assez grande influence à l'altération de l'air par l'entassement d'un nombre considérable d'individus dans un étroit espace : nous ne serions point éloigné de partager leur opinion. Il est des parties de la division des liénés de Bicêtre où il existe un véritable encombrement, des chauffoirs beaucoup trop bas, de dimensions trop petites, certains dortoirs où chaque malade a pour respirer à peine 10 mètres cubes d'air : aussi est-ce dans la section des incurables qu'on voit la pneumonie se montrer plus fréquemment que partout ailleurs.

Age. Le plus âgé de nos malades avait soixante-quatre ans, le plus jeune vingt-deux. La moyenne a été de trente-six à quarante. C'est, en effet, l'âge de la démence paralytique.

Sexe. Nos observations n'ayant été recueillies que sur des individus du sexe masculin, auxquels l'hospice de Bicêtre est exclusivement consacré, nous n'avons pu encore réunir des documents et des faits nouveaux sur ce sujet, et nous nous contenterons de le mentionner pour mémoire. Nous ne pouvons pas croire que le sexe apporte de grandes modifications à la maladie qui nous occupe, les aliénés se trouvant à peu près également soumis à l'action des mêmes causes. Cependant, la paralysie générale était moins commune chez les femmes que chez les hommes (quoiqu'on ait exagéré cette différence) ; peut-être la forme de pneumonie la plus grave et la plus fréquente se rencontre-t-elle moins souvent chez elles.

Il est aussi des causes occasionnelles qui méritent d'être notées. M. Baillarger a vu une pneumonie survenir chez une folle qui avait tenté de se suicider par la strangulation. M. Fabre a raconté le fait d'un aliéné qui se livrait à des vociférations telles qu'elles déterminaient fréquemment des pneumonies.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, il importe de distinguer les variétés d'aliénation mentale dans les-

quelles nous avons étudié la phlegmasie du poumon; elle est beaucoup plus fréquente dans la démence, et surtout dans celle qui accompagne la paralysie générale, que dans la manie; le rapport est de la première à la seconde comme 2 est à 1; c'est plutôt dans la forme chronique que dans la forme aiguë du délire maniaque qu'on la rencontre.

On voit par ce rapide exposé que s'il est des causes qui appartiennent en propre à la folie, il en est d'autres qui rentrent dans l'histoire de la pneumonie considérée chez les vieillards; c'est qu'en effet il y aurait un rapprochement fort légitime à établir entre la vieillesse et la démence paralytique, qui semble, par l'affaissement et la débilitation rapide dans laquelle elle plonge tout l'organisme, n'être qu'une vieillesse anticipée.

§ III. — *Marche.* — Des deux modes d'invasion, l'un brusque et rapide, l'autre lent et caché, le premier est le plus fréquent. On voit un malade manger avec ses camarades, être levé ou assis au moment de la visite, ne donnant aucun signe de souffrance, lorsque tout à coup on est appelé auprès de lui dans la visite, et on le trouve dans un état de prostration extrême; gêne de la respiration, et quelquefois même déjà avec le râle trachéal. Cependant il ne faut pas s'y méprendre, l'invasion peut paraître plus rapide qu'elle ne l'est véritablement. Nous ne pouvons douter, dans ces cas, que la maladie existait depuis quelque temps avant l'invasion des symptômes. Quelquefois il y a eu des prodromes évidents; quand l'individu conservait encore quelque intelligence, il accusait un malaise général, refusait les aliments, demandait à rester couché; les symptômes ne tardaient point à éclater; une fois établis, ils marchent toujours avec une extrême rapidité.

Le frisson initial, d'une si grande importance dans le diagnostic, n'a jamais été constaté, soit à cause de son absence dans tous les cas, soit faute d'une observation assez attentive de la part des surveillants et infirmiers.

« Le froid, dit Georget, les émanations animales, l'humidité, les affections tristes, l'état chronique du cerveau, ne peuvent produire que des maladies chroniques, adynamiques et latentes. » Nous croyons, nous, que toutes ces causes favorisent tout aussi bien la rapidité qui se remarque dans la succession des symptômes. C'est parce qu'ils sont épuisés que nos malades ne peuvent lutter contre les progrès de la maladie, et que sa durée est en général si courte. C'est chez les individus les plus affaiblis, chez les déments dans le marasme, qu'on voit la pneumonie ne durer que quelques heures; en général, chez eux, elle ne dure guère plus de douze heures à deux ou trois jours.

Quelquefois elle précède l'apparition du délire qui semble naître sous son influence; en général, il est alors de peu de durée et cesse avec la cause qui l'a fait naître : aussi est-il assez commun de voir arriver à Bicêtre des individus envoyés comme aliénés, parce qu'une agitation maniaque passagère était venue compliquer une inflammation thoracique. Ils guérissent avec beaucoup de rapidité, quand ils n'arrivent point déjà convalescents. Dans notre première observation, nous avons vu un accès de manie précéder immédiatement le début d'une pneumonie.

L'étude des rapports qui existent entre la pneumonie et le délire qui survient dans son cours, méritait de plus long développements. Ils ont trouvé leur place dans le chapitre destiné aux maladies critiques.

§ IV. — *Symptômes.* — *Symptômes locaux.* — *Toux et expectoration.* C'est une chose extrêmement rare que la toux : aussi l'avons-nous à peine observée dans un ou deux cas. Quelquefois l'on voit des secousses légères de la poitrine, qui cherche à se débarrasser des matières visqueuses dont les bronches sont remplies; mais le plus souvent elles manquent complétement, et il ne faut point compter sur ce signe pour être amené à soupçonner l'existence de la pneumonie. Cependant, si l'individu est vigoureux, si les troubles de l'intelligence et de la motilité ne sont point graves, on pourra observer chez lui la toux comme chez tout autre individu non aliéné.

Il en est de l'expectoration comme de la toux, elle manque d'une manière presque constante : ainsi, tandis que, dans les conditions ordinaires, on note son absence une fois sur quinze environ, à peine deux ou trois fois avons-nous pu trouver des crachats transparents, visqueux, contenant de nombreuses bulles d'air, teints en rouge ou en jaune-abricot. Nous avons cependant fait les recherches les plus minutieuses, examiné les draps, les oreillers, pour nous assurer s'il n'avait point rejeté quelque crachat caractéristique, mais toujours en vain; les forces expiratrices sont insuffisantes pour expulser des bronches la matière de l'expectoration, et ce fait doit avoir une grande influence sur la gravité de la marche rapide de la pneumonie; les malades meurent autant par asphyxie que par l'inflammation même du tissu pulmonaire.

Dyspnée. La dyspnée est un phénomène plus constant; il est rare qu'elle manque; cependant il faut souvent beaucoup de soin pour la bien constater. La poitrine soulève à peine la main qu'on y place pour apprécier ses mouvements d'inspiration et d'expiration, et ils sont si peu prononcés, qu'on pourrait se tromper assez facilement. Le nombre des inspirations, toujours noté avec soin, a varié depuis 20 jusqu'à 56. Cette grande fréquence était toujours d'un fâcheux augure; et quand on arrivait à trouver ce nombre, la mort ne se faisait pas longtemps attendre. Le plus souvent on n'observe point sur la face les signes d'une grande gêne de la respiration; elle conserve sa tranquillité et son impassibilité ordinaires. Rarement nous avons vu la dilatation des ailes du nez et la contraction des muscles de la face exprimer la difficulté que les malades éprouvent pour respirer.

Douleur. C'est avec raison que Celse a dit de la pneumonie : *Plus habet periculi quam doloris.* De récents travaux ont confirmé la vérité de cette assertion. Il faut, en général, pour que la douleur se produise, que l'inflammation de la plèvre se joigne à celle du poumon. Nous verrons, à propos de l'anatomie pathologique, que cette coïncidence est loin d'être rare; mais dans aucun cas il n'a été possible de noter l'existence de ce symptôme. Sou-

vent, il est vrai, l'état mental de l'individu s'y opposait; mais toutes les fois que nous avons pu obtenir une réponse, elle a été négative. Bien plus, nous en avons vu qui affirmaient se porter très-bien et n'éprouver ni gêne ni douleur, lorsqu'on avait déjà reconnu chez eux une inflammation fort avancée du poumon.

Signes physiques. — Bruit respiratoire. Il est assez commun de le voir manquer; mais c'est qu'il est masqué par des râles humides et sonores. Tantôt on a observé ce phénomène dans un côté de la poitrine, tandis que dans l'autre on entendait le souffle tubaire, la bronchophonie, etc. Faisons remarquer d'ailleurs que le bruit d'expansion vésiculaire à l'état sain est souvent à peine marqué chez les aliénés, et qu'il disparaît d'autant plus facilement lorsque les râles viennent à se produire.

La respiration bronchique a été assez fréquemment perçue : alors elle ne présentait rien de spécial. Une fois nous l'avons constatée chez un individu qui succomba à une pneumonie, et le lendemain il nous fut impossible de la retrouver, remplacée qu'elle était par des râles humides. Chez tous les malades de la troisième série, quelque soin et quelque attention que nous ayons apportés dans leur examen, il ne nous a point été possible d'entendre la respiration bronchique, quoique cependant à l'autopsie on ait trouvé une hépatisation bien manifeste. En général, il en est du souffle tubaire comme du murmure respiratoire : quand on ne peut le constater, c'est qu'il est masqué par des râles.

La bronchophonie a toujours existé en même temps que la respiration bronchique : seulement elle offrait une intensité variable.

Râles. Le râle crépitant, fin et sec, n'a été perçu que dans les pneumonies développées chez des individus placés dans de bonnes conditions et dont l'état mental était peu grave. Chez tous, la pneumonie a eu une terminaison favorable; c'est aussi chez eux que le râle sous-crépitant (redux) a été noté.

Quand elle devait avoir une issue fâcheuse, nous ne l'avons jamais rencontré. Les râles secs ou les râles humides se montraient d'emblée et sans être précédés ou accompagnés d'autres phénomènes d'auscultation; ils occupaient toute l'étendue des deux poumons : alors la pneumonie était double, et c'était sa forme la plus grave. Quelquefois on les voyait succéder au souffle tubaire et à la bronchophonie. Peut-être ces signes existaient-ils au début; peut-être un examen fait de meilleure heure eût-il permis de les reconnaître. L'auscultation était cependant pratiquée aussitôt que le moindre phénomène morbide, le moindre changement dans les habitudes du malade venait à éveiller l'attention.

La *percussion* n'offre point matière à des remarques particulières. On l'a trouvée constamment unie à la bronchophonie et à la respiration bronchique; elle devenait d'une grande importance lorsque ces deux signes, fournis par l'auscultation, étaient masqués par des râles abondants qui remplissaient la poitrine. Cependant la difficulté qu'on peut quelquefois éprouver à la bien mettre en usage lui ôte un peu de sa valeur comme moyen de diagnostic; il arrive assez souvent qu'on a beaucoup de peine à la constater à cause de l'indocilité, de l'agitation de l'individu qu'on examine, à cause des cris qu'il pousse, des efforts qu'il oppose, etc.

Symptômes généraux. — Fièvre. Jamais nous n'avons vu la fièvre manquer; toujours la maladie a suivi une marche rapide et présenté une forme aiguë. Le nombre des pulsations a varié de 100 à 120; il diminuait d'une manière graduelle quand une heureuse issue devait avoir lieu, et sa fréquence augmentait rapidement dans le cas contraire. En général, le pouls n'avait point une grande force, une grande résistance; souvent filiforme, misérable, il se comptait avec difficulté. Rarement nous avons noté son irrégularité ou son intermittence. L'accélération du pouls jointe à celle de la respiration sont les signes d'une pneumonie qui débute.

La température de la peau n'a jamais été très-élevée. Souvent celle-ci est sèche; souvent aussi on voit la face, la poitrine, les mains baignées d'une sueur froide et visqueuse. La rougeur des pommettes, soit des deux côtés, soit du côté où le malade se couche, ou bien de celui où existe la pneumonie, est une chose fort rare. La face conserve le plus souvent sa coloration habituelle.

Le sang tiré de la veine n'offre rien de bien particulier. Il est séreux; son caillot est sans consistance chez les paralytiques.

Le tube digestif ne sympathise guère avec le poumon enflammé. On n'observe pas souvent la diarrhée, les vomissements, etc.

On trouve dans un grand nombre de pneumonies tous les symptômes de l'adynamie : langue sèche, fendillée, recouverte d'un enduit brunâtre; dents fuligineuses, lèvres encroûtées; prostration; selles et urines involontaires.

L'anorexie est un symptôme important à signaler, et qui peut servir quelquefois à lui seul à trahir l'existence d'une affection quelconque chez un aliéné, et de la pneumonie en particulier. La soif n'est point ordinairement beaucoup augmentée.

L'état de l'intelligence n'est point modifié en général; l'apathie et l'état de stupeur qui caractérisent certains malades sont encore plus prononcés. Chez les maniaques, le délire peut diminuer ou même disparaître; mais c'est pour reprendre son cours après la guérison; il peut cependant cesser d'une manière définitive. D'autres fois, au contraire, la mort arrive au milieu de l'excitation qu'une maladie intercurrente n'a point fait cesser, ou bien encore l'agitation se change en une prostration considérable. Les vociférations sont remplacées par un complet silence; ils restent immobiles sans se plaindre, et deviennent indifférents aux objets qui tout à l'heure excitaient leur délire et leurs cris.

§ V. — *Nature et forme de la pneumonie.* — La forme adynamique l'emporte de beaucoup sur la forme inflammatoire. Cette dernière ne peut exister que chez les individus auxquels il reste une certaine dose d'énergie et d'activité, comme des maniaques à l'état aigu ou chronique, etc. Nous n'avons point eu un seul exemple de pneumonie bilieuse. La forme adynamique est, sans contredit, la plus fréquente, et offre deux variétés suivant qu'elle est latente ou non. Dans l'une, avec les phénomènes d'adynamie, existent les signes qui permettent de caractériser facilement la maladie; dans l'autre, il n'en est pas

ainsi, et ce n'est que sur des indications fugaces et vagues que l'on peut établir le diagnostic. On a souvent, et sans raison, employé le nom de pneumonie latente, à une époque où les moyens d'investigation étaient moins nombreux qu'aujourd'hui. Mais, malgré tous les progrès faits depuis trente ans par la science, malgré les découvertes de l'auscultation et ses inépuisables ressources, nous pensons que cette forme ne doit point être rayée à tout jamais du cadre nosologique, et nous nous croyons autorisé à reconnaître l'existence d'une pneumonie latente quand la plupart des signes locaux manquent, qu'il existe à peine quelques réactions sympathiques, et que l'auscultation ne fournit que des résultats négatifs. Qu'on n'aille point croire cependant que nous exagérons l'importance du mot latent, et que nous désignons par là une affection qu'il soit impossible de reconnaître : nous voulons seulement faire comprendre que son diagnostic est plein de difficultés, et qu'il faut quelque soin pour rattacher à l'existence ou à l'apparition d'une pneumonie les symptômes que nous venons d'indiquer. C'est ainsi que J. Frank l'entendait des médecins qui ont fondé la doctrine des péripneumonies latentes. « Aucun d'eux ne prend tellement à la lettre le mot latent, qu'il pense désigner par là une maladie qui échappe à l'examen. » (*Des péripneumonies*, § IV, 2.)

§ VI. — *Diagnostic.* — Il est facile dans la forme inflammatoire et dans la variété la plus simple de la forme latente; dans l'autre, il faut plus de soin pour la bien reconnaître. Il est rare qu'elle n'existe point chez un individu en proie à un mouvement fébrile très-prononcé, chez lequel on constate l'accélération de la respiration et du pouls, et dont la poitrine est remplie par des râles abondants, secs ou humides. Nous ne nous sommes jamais trompé en nous aidant de la réunion de ces symptômes, les seuls qu'on puisse le plus souvent observer ; cependant ils n'ont qu'une valeur relative, et nous sommes fort éloigné de croire toute erreur impossible. La véritable difficulté est de bien préciser le siége et l'étendue du point affecté. La percussion, sinon dans tous les cas, du moins dans un grand nombre, pourra être d'une utilité incontestable. L'appréciation du degré de la pneumonie n'est guère possible, et d'abord l'engouement inflammatoire est chose peu commune. L'autopsie ne nous l'a fait voir qu'une seule fois ; la marche rapide de l'affection peut permettre d'établir qu'elle passe très-facilement à l'état d'hépatisation rouge ; les symptômes qui permettent de la diagnostiquer chez l'individu dont l'intelligence est intacte ne se rencontrent plus ici ; enfin il existe encore moins chez l'aliéné que chez tout autre des caractères propres à faire connaître le ramollissement gris.

§ VII. — *Pronostic.* — Il est toujours fort grave. On n'a guère l'espoir d'obtenir la guérison que chez quelques insensés dont l'intelligence n'a point éprouvé une profonde altération, comme chez les maniaques, monomaniaques, etc. On peut dire que la gravité de la maladie est en raison de la gravité de l'état mental. Toujours la pneumonie qui frappe un paralytique plongé dans le marasme et couvert d'escarres l'atteint d'un coup mortel.

§ VIII. — *Anatomie pathologique.* — La pneumonie double existe plus fréquemment chez l'aliéné que chez le vieillard et l'adulte, mais moins souvent que chez l'enfant. Nous l'avons rencontrée dans la moitié des cas où l'autopsie a été faite. M. Calmeil était déjà arrivé au même résultat. Quand la pneumonie était simple, celle du poumon droit a été à celle du gauche comme 1 est à 3. Ce fait est important à signaler, car il est en opposition complète avec la loi générale, qui, jusqu'ici, a placé dans le côté droit la prédominance de la pneumonie à tous les âges et dans toutes les conditions. Ainsi la pneumonie droite est à la gauche :

Chez l'adulte, comme. . . .	289 est à	169
Chez le vieillard.	34	27
Chez l'enfant.	17	0
Et dans les cas de pneumonie double avec prédominance d'un côté sur l'autre. . . .	59	10

M. Calmeil avait aussi fait la même remarque : « D'après nos relevés, le poumon gauche s'enflamme beaucoup plus souvent que le droit. » (Art. *Aliénés*. Dict., t. II, p. 195.) Faisons remarquer, de plus, que nous n'avons opéré que sur des hommes (on sait que la pneumonie droite est plus fréquente dans ce sexe), et que, pour établir ce résultat, nous n'avons tenu compte que des observations où l'autopsie avait été pratiquée.

Dans la moitié des cas, le lobe inférieur et le supérieur étaient enflammés; dans l'autre moitié, il n'y en avait qu'un, et c'était toujours l'inférieur quand la pneumonie existait à droite, et le supérieur quand elle existait à gauche.

1° L'engouement s'observe rarement d'une manière isolée ; nous en avons cependant rapporté une observation ; il est assez souvent uni à l'hépatisation ; on voit des poumons dont certaines parties présentent cet état, tandis que d'autres sont d'un rouge foncé, gorgé d'un liquide spumeux, crépitant et surnageant. Tantôt aussi on trouve un poumon hépatisé d'un côté, tandis que de l'autre il n'est qu'engoué. Cet état n'offre d'ailleurs rien qui n'ait été décrit chez les individus non aliénés.

2° Hépatisation rouge. Elle a présenté plusieurs variétés.

A. Tissu compacte, d'un rouge foncé, friable, à tranche granulée, ne surnageant point, et dont on exprime un liquide épais et rouge.

B. Le parenchyme pulmonaire est d'un brun-rougeâtre ; sa tranche n'est point granulée; sa consistance à peine diminuée ; il s'écoule un liquide rouge spumeux ; il ne crépite point ; la surnatation n'a point lieu.

C. Poumons colorés en rose clair, comme le poumon de veau ; leur tissu est compacte, plus pesant que l'eau ; il résiste à la section ; sa consistance est un peu diminuée ; coupe lisse ; on en exprime une certaine quantité de sérosité ; la coloration est la même à l'extérieur qu'à l'intérieur. Cet état se rapproche de celui qu'on a décrit sous le nom de carnification, et ressemble beaucoup à celui qu'on observe et que nous avons souvent observé chez les jeunes sujets.

3° Hépatisation grise. Rien de particulier à noter. Dans plusieurs cas, nous avons trouvé de petits

abcès au milieu du poumon hépatisé en rouge. Le ramollissement rouge est au gris comme 1 est à 3. Sur trois observations de pneumonie rapportées par M. Bayle (*Traité des maladies du cerveau*, p. 91, 259, 271), le ramollissement gris a existé deux fois.

La pleurésie accompagnait la pneumonie dans la moitié des cas. Ordinairement c'étaient des pseudo-membranes d'une très-récente formation, dispersées sur la plèvre viscérale. Les épanchements de sérosité étaient moins communs; deux fois elle était sanguinolente.

§ IX.—*Traitement.* — D'après ce qui a été dit à l'article du pronostic, il est facile de concevoir que le plus souvent le traitement ne peut être d'une grande efficacité. Il faut cependant établir des distinctions : chez les monomaniaques, chez certains maniaques placés dans des conditions favorables, chez les individus dont l'état mental n'est point très-grave, et à plus forte raison chez les aliénés en voie de guérison, le traitement le plus ordinairement mis en usage réussit bien; mais, il faut le dire, c'est là l'exception. Il n'en est plus de même quand il s'agit de malades affaiblis, dont l'organisation est profondément détériorée, et que la moindre secousse conduit au tombeau d'une manière inévitable.

Les *émissions sanguines*, soit seules, soit combinées au tartre stibié à haute dose, doivent être employées dans le premier cas; mais on doit les bannir dans le second. Ouvrir la veine d'un dément atteint de paralysie, surtout lorsqu'elle est parvenue à un degré avancé, c'est hâter une fatale terminaison; car la saignée s'oppose à l'expectoration et rend l'asphyxie plus rapide en favorisant l'engouement des bronches : aussi jamais n'a t-elle été mise en usage dans cette circonstance. L'application des ventouses scarifiées et des sangsues, qui n'a point les mêmes inconvénients, quoique mieux indiquée, n'a point paru d'une grande utilité.

Émétique à haute dose. L'impossibilité d'employer la saignée chez le plus grand nombre de nos pneumoniques nous forçait de recourir au tartre stibié. Il a eu une influence favorable dans quelques cas graves. Plus souvent, il est vrai, nous avons eu à déplorer son peu d'efficacité : c'était dans ces pneumonies à marche si rapide que nous avons signalées, et qui ne laissent aucune prise, même à la médication la plus active. Que faire à des malades emportés en quelques heures, et auxquels on a à peine le temps de faire avaler la première cuillerée de leur potion? Nous partageons, jusqu'à un certain point, l'avis de MM. Hourmann et Dechambre sur le mode d'action du tartre stibié. Ils pensent qu'employé à haute dose, il n'a d'avantage qu'autant qu'il excite le vomissement. « On conçoit, disent-ils, qu'il ne peut en être autrement quand l'indication essentielle, pressante, est de désobstruer les bronches. » Presque toujours nous avons eu à nous louer de son emploi quand il a donné lieu à des effets primitifs, et surtout au vomissement. L'analogie qui existe entre la pneumonie des vieillards et celle qu'on observe chez les aliénés, dont le principal caractère est l'engouement des bronches par les mucosités, explique facilement cette conformité dans les résultats de notre expérience. Tout en admettant que le tartre stibié à haute dose produit surtout des effets favorables quand il excite le vomissement, je ne pense pas qu'on obtienne d'aussi bons résultats de son emploi à dose simplement vomitive ou de l'usage d'autres émétiques. Il agit encore sur le reste du tube digestif; et indépendamment de ses effets primitifs, reste encore son action secondaire, qui, pour être moins facile à prouver, ne peut cependant être mise en doute.

Les sinapismes et les vésicatoires sont des moyens qu'il est important de ne point négliger.

X. MÉDECINE LÉGALE ET POLICE MÉDICALE.

18. *Note sur un procédé propre à faire connaître si une tache rouge est formée par du sang;* par M. Bouligny (d'Evreux).

(Ann. d'Hygiène publ. et de Méd. légale, juillet 1844.)

« *Nimio ne crede colori...* »

Le procédé indiqué par M. Orfila, pour reconnaître les taches de sang, adopté par M. Devergie et par tous les médecins légistes, a subi avec succès l'épreuve de la discussion, et le temps en a sanctionné l'usage. Puissent d'autres procédés, non moins importants, subir la même épreuve avec le même succès, et rendre à la chimie judiciaire l'autorité qu'elle n'aurait jamais dû perdre!

Mais, dira-t-on, puisque le procédé actuellement en usage pour démontrer la présence du sang ne laisse rien à désirer, pourquoi en proposer un autre? C'est qu'à vrai dire ce n'est point un autre procédé, ce n'est qu'une modification de celui de M. Orfila, procédé qui permet de prononcer sur la *nature d'une tache rouge par imbibition, d'un millimètre de diamètre.*

Qu'il me soit permis, avant d'aller plus loin, de prémunir les expérimentateurs contre l'opinion émise par les auteurs que je viens de citer, sur la couleur de la solution de sang à une des périodes de l'opération.

Le premier de ces deux médecins dit : « Le coagulum gris-verdâtre peut être rapidement dissous « par la potasse, et alors la liqueur acquiert une « couleur *rouge-brun* lorsqu'elle est vue par ré- « fraction, et *verte* quand elle est vue par ré- « flexion (1). » Voici comment le second s'exprime sur le même sujet : « Si l'on sépare le liquide des « flocons qui se sont déposés et qu'on le traite par « la potasse, il prend alors une *teinte verte*, vu par

(1) Orfila, Traité de Méd. légale, 3e édit., Paris, 1836, t. II, p. 682.

« réflexion de la lumière, et une *teinte rosée*, vu « par réfraction (1). »

La dissidence entre ces deux auteurs est assez grande, comme on voit, et la raison en est toute simple. En effet, on a affaire à des couleurs composées et non à des couleurs primitives, à des couleurs qui peuvent d'ailleurs varier suivant la quantité du sang sur laquelle on opère, suivant l'épaisseur des parois du tube et leur coloration, et aussi suivant l'organisation des yeux de l'observateur. Veut-on une preuve de l'influence de cette organisation sur l'observation des couleurs? en voici une que j'emprunte à Berzélius (2) : « Deux personnes n'ont pas « toujours la même manière de voir et de dénom- « mer les couleurs. Par exemple, il y avait certaines « nuances que Gahn désignait souvent sous le nom « de *jaune* ou *jaune sombre;* et que je m'obsti- « nais à qualifier de *rouge*, bien que nous fussions « d'accord sur le *jaune pur* et le *rouge pur*, c'est- « à-dire sur les couleurs fondamentales. »

C'est là une difficulté sérieuse dont on ne peut sortir que par un exercice préalable; c'est ainsi, du moins, que j'ai fait la première fois que je fus appelé par la justice pour déterminer si les taches rouges existant sur des tissus étaient dues à du sang.

Je fis des taches de sang de différentes formes et grandeurs, je fis sécher le tissu, puis je procédai comme le recommandent les auteurs que j'ai cités. Ce fut alors que je reconnus que les couleurs dénommées n'étaient rien moins que *rouge* et *verte* pour mes yeux, et je ne saurais les mieux caractériser qu'en désignant chacune d'elles une couleur *sui generis*, tirant sur le rouge, vue par réfraction, et sur le vert, vue par réflexion. Ce n'est qu'après cette synthèse que je procédai à l'analyse. Je retrouvai alors aux taches soumises à mon examen tous les caractères de celles dont la nature m'était connue d'avance, caractères qui étaient gravés profondément dans mon esprit. Plus tard, les aveux complets de l'accusé confirmèrent en tout point mon analyse.

Voici maintenant la modification que je propose aux experts chimistes. Je suppose qu'il s'agit d'une tache rouge par imbibition, d'un millimètre de diamètre.

On prend une éprouvette en verre de $0^m,020$ de longueur et de $0^m,002$ de diamètre intérieur; on découpe la tache, on l'introduit dans l'éprouvette à 5 millimètres du fond, et on verse par-dessus, à l'aide d'une pipette capillaire, $0^g,10$ d'eau distillée froide. Bientôt après la partie colorante du sang est attaquée, elle se dissout dans l'eau et forme des stries plus ou moins rouges qui gagnent la partie inférieure de l'éprouvette; lorsque la tache est complétement décolorée, ce qui arrive ordinairement au bout d'un quart d'heure, on fait rougir une capsule plane en argent, sur une lampe à alcool, puis on reprend la liqueur rouge au moyen d'une pipette capillaire, et on la projette sur la capsule en soufflant faiblement par l'extrémité supérieure de la pipette. Cette opération est à peine terminée que la liqueur a perdu sa transparence et acquis la couleur gris-verdâtre indiquée par les auteurs. On touche cette liqueur avec l'extrémité d'une baguette de verre trempée préalablement dans une solution de potasse caustique, et elle recouvre immédiatement sa transparence. Elle présente alors à l'observateur la couleur *sui generis* tirant sur le vert, vue par réflexion, et la couleur *sui generis* tirant sur le rouge, vue par réfraction.

Si on touche de nouveau la liqueur avec un tube plongé préalablement dans l'acide chlorhydrique, elle perd sa transparence pour la recouvrer par l'action de la potasse, et ainsi de suite presque indéfiniment. Dans le cas où l'on voudrait multiplier ces observations, il faudrait ajouter, de temps à autre, une goutte d'eau pour que la liqueur conservât son volume primitif.

Ce procédé, fort simple, offre des avantages réels, en ce sens que rien ne saurait modifier les colorations caractéristiques de la liqueur qui forme une sphère et qui est *suspendue sur la capsule*. Un mot sur ce point.

Quand on projette une goutte d'eau sur une capsule chauffée à + 171° et au-dessus, cette eau forme une sphère qui ne touche ni ne mouille la capsule; la température de cette eau est constamment de + 96,5, quelle que soit d'ailleurs celle de la surface sur laquelle le phénomène se produit, et son évaporation, quand la capsule est échauffée à + 200°, est *cinquante fois plus lente* que par ébullition à + 100°.

C'est sur l'ensemble de ces propriétés, qui appartiennent aux corps à l'état *sphéroïdal*, qu'est basé le procédé décrit plus haut, lequel serait également applicable à des quantités plus considérables du sang (1).

(1) Devergie, Traité de médecine légale, 2e édit., Paris, 1840, t. III, p. 754.

(2) Berzélius, De l'emploi du chalumeau, p. 97.

(1) Voy. Mon Mémoire dans les Annales de chimie et de physique, novembre 1843 et mai 1844.

---

19. *Mémoire sur l'appréciation des causes de différentes fractures des os du fœtus et des enfants à la mamelle, dans les enquêtes judiciaires;* par M. Ollivier (d'Angers), membre de l'Académie royale de médecine, etc.

(Ann. d'Hygiène publ. et de Méd. légale, juillet 1844.)

Dans le plus grand nombre des cas de médecine légale, la solution qu'un expert est appelé à donner est celle d'une question d'étiologie. Si les lésions dont il constate l'existence avaient toujours des caractères particuliers et distinctifs, selon qu'elles dépendent d'une cause naturelle ou d'une violence criminelle, ses conclusions consisteraient bien plus souvent en une affirmation nette et tranchée; mais il n'en est pas ainsi, et tel est le motif qui l'oblige à donner alors à ses réponses une forme plus ou moins dubitative, qui devient trop fréquemment une planche de salut pour le vrai coupable. D'un autre côté, il est des circonstances dans lesquelles certaines lésions peuvent aussi donner à l'innocence toutes les apparences de la culpabilité, et qui, par cette raison, ne peuvent être trop soigneusement indiquées. C'est dans ce double but que j'ai cru

devoir publier les faits qu'on va lire, et qui ont trait à des lésions matérielles qu'on est généralement disposé à attribuer à un crime dont la fréquence n'autorise que trop, à la vérité, une interprétation favorable à l'accusation.

ARTICLE PREMIER.—*Fractures des os du crâne.*

Pour peu qu'un expert ait été appelé à constater des cas d'infanticide, il doit avoir reconnu que les fractures des os du crâne sont les lésions les plus communes qu'on observe alors; et si j'en juge d'après mon expérience personnelle, je ne crois pas exagérer la fréquence relative de ces fractures, en établissant qu'elles sont aux autres espèces de blessures, causes de mort violente de l'enfant nouveau-né, dans la proportion de 80 sur 100.

Sans doute, quand on considère que ce genre de blessures se représente ainsi dans la majeure partie de ces accouchements clandestins, où toutes les circonstances concourent à démontrer que la mort de l'enfant a été la conséquence de violences exercées sur lui après sa naissance; sans doute, dis-je, une pareille fréquence autorise bien à penser, comme je viens de le faire remarquer, que ces fractures sont ordinairement le résultat de coups, de pressions, en un mot, de manœuvres coupables. Mais s'ensuit-il qu'on doive toujours les envisager comme une preuve de l'infanticide? Non sans doute, car il est des observations authentiques qui montrent que des fractures du crâne, plus ou moins semblables, peuvent résulter du travail naturel de l'accouchement, et ce fait, on le comprend, doit rendre un expert très-circonspect quand il est appelé à donner son avis sur la cause de certaines fractures. Là est encore une de ces coïncidences possibles, comme il y en a déjà tant d'autres dans les questions nombreuses qui se rattachent à l'histoire médico-légale de l'infanticide, coïncidences qui ne permettent pas une réponse affirmative dans beaucoup de cas.

§ I. — *Fractures du crâne résultant d'une déformation du bassin de la mère.* — La solution d'une question de ce genre ne pouvait être fournie que par l'expérience et l'observation; aussi fut-elle donnée et soutenue dans deux sens opposés, tant qu'on ne s'appuya que sur des idées théoriques. C'est ainsi que Haller disait que toute fracture du crâne, chez le fœtus, était le résultat d'une violence extérieure, tandis que Camper et Rœderer soutenaient le contraire. Cette dernière opinion fut aussi celle de Chaussier, qui était sans contredit, en France, l'une des autorités les plus imposantes en médecine légale, au commencement de ce siècle, et il paraît être le premier qui ait invoqué des faits à l'appui. Voici ce qu'il dit, en effet, dans un de ses discours prononcés à la Maternité de Paris (1).

« D'autres fois la fracture des os du crâne est uniquement un effet immédiat du travail même de l'accouchement, et ce cas, qui n'a point encore été décrit, mérite une attention particulière, d'autant plus que quelques écrivains de médecine-légale (ainsi que je l'ai déjà fait remarquer dans la séance de 1807) paraissent avoir indiqué dans des rapports juridiques les ecchymoses et fractures du crâne comme preuve de violences intentées contre la vie de l'enfant. Ce genre de lésion s'observe principalement lorsque le détroit abdominal est rétréci par la saillie de l'angle sacro-vertébral, que la contractilité de l'utérus est très-grande, que la femme en seconde l'action par ses efforts : alors la tête, poussée par les efforts contractiles, mais arrêtée par la proéminence de l'angle sacro-vertébral, s'engage difficilement, se déprime, s'enfonce peu à peu contre la saillie qui lui présente de la résistance; ou bien l'os, moins flexible, se fracture tout à coup, et après des efforts plus ou moins répétés, la tête quelquefois franchit tout à coup l'obstacle, et l'enfant naît dans un état de stupeur, de faiblesse plus ou moins considérable, et avec un enfoncement ou une fracture du crâne.

« Ces lésions, qui seraient toujours mortelles pour un adulte, n'ont pas toujours des suites aussi fâcheuses chez l'enfant naissant, parce qu'à cet âge le cerveau a peu de consistance, et qu'il n'a pas encore l'action et l'usage qu'il doit avoir par la suite. Elles se guérissent même facilement, et spontanément, si l'enfant est vigoureux, si le travail de l'accouchement n'a pas été très-prolongé. Nous avons actuellement à la maison d'allaitement un enfant qui, lorsqu'on l'apporta, avait sur la partie antérieure de l'os pariétal droit une dépression circulaire large de cinquante-cinq millimètres et profonde de dix dans son milieu. Confié à une bonne nourrice, cet enfant est devenu fort vigoureux; chaque jour la dépression s'efface peu à peu, et le crâne reprend sa forme naturelle. Je pourrais rapporter plusieurs exemples de fractures, ou de dépressions plus ou moins grandes, déterminées dans l'accouchement naturel, et qui ont été guéries spontanément.

«.... Les faits ne sont pas toujours aussi heureux. Lorsque l'enfant a été longtemps arrêté au détroit abdominal, que la circulation a été altérée ou entièrement arrêtée, les vaisseaux du cerveau s'engorgent, se rompent quelquefois, et il meurt dans le travail, ou périt peu à peu par des convulsions ou l'apoplexie, et l'on trouve, par la dissection : 1° une tuméfaction avec infiltration séreuse et sanguine aux téguments de la partie qui se présentait la première; 2° sur la portion de l'os pariétal qui appuyait contre la saillie de l'angle sacro-vertébral, on voit tantôt une simple dépression circulaire, lorsque l'os est très-flexible, tantôt une fracture longitudinale ou anguleuse à l'os pariétal, qui quelquefois s'étend à une petite portion de l'os frontal.... Ce qu'il importe de remarquer, c'est que toujours ces altérations sont bornées à la région qui appuyait contre la proéminence de l'angle sacro-vertébral, et les os de la base du crâne ne présentent jamais aucune altération, ni dans leur continuité, ni dans leurs connexions. »

Chaussier ajoute qu'on trouve en même temps alors les commissures membraneuses du crâne, et surtout la médiane, plus ou moins relâchées, quelquefois une légère déchirure de cette dernière, une congestion des vaisseaux cérébraux, un épanchement de sang à la surface du cerveau ou dans ses cavités.

Il fait observer ensuite « quelle attention il faut apporter dans un rapport juridique lorsqu'il s'agit

(1) Procès-verbal de la distribution des prix (20 juin 1810), p. 64 et suiv. Paris, 1810, in-8.

de prononcer sur la nature, la cause des fractures ou dépressions que l'on rencontrerait à la tête d'un enfant : les détails qui précèdent serviront, dit-il, à faire distinguer d'une manière certaine ces lésions de celles qui auraient été produites par une chute, par des coups, ou toute autre violence intentée contre la vie de l'enfant. »

Quiconque aura lu attentivement les détails donnés par Chaussier ne partagera certainement pas l'opinion qu'émet sur leur valeur M. Devergie, qui, sans nier d'une manière absolue la réalité de pareils résultats, trouve qu'ils sont exposés d'une manière *trop générale* et *trop vague* pour entraîner une conviction complète. S'il eût consulté le mémoire où ces faits ont été consignés, au lieu de les citer d'après la thèse de M. Lecieux, dans laquelle ils ne sont qu'indiqués (bien que cette thèse soit considérée comme l'œuvre de Chaussier), il y a lieu de croire qu'il se serait exprimé différemment, et qu'il n'eût pas attribué, pour ainsi dire exclusivement, aux manœuvres ou aux instruments employés dans l'accouchement, les lésions qui viennent d'être signalées. A la vérité, en adoptant cette interprétation, la solution du problème médico-légal devient très-facile : on élude ainsi toute la difficulté qui se présente quand il s'agit de déterminer quelles sont les causes réelles de semblables désordres ; car si l'on admet qu'ils ne peuvent résulter que d'un accouchement laborieux dans lequel le travail de la nature est aidé par l'art, l'expert devra conclure, quand ces lésions sont constatées sur le cadavre d'un enfant dont la mère est accouchée seule, sans l'intervention d'aucun secours, l'expert devra conclure, dis-je, qu'elles sont l'effet de manœuvres coupables, conséquemment qu'il y a crime.

Telle est évidemment la conclusion logique de l'opinion que je combats, et pourtant on vient de voir combien Chaussier est explicite dans les faits dont il parle, de même que lorsqu'il dit qu'il pourrait « rapporter plusieurs exemples de fractures ou « de dépressions plus ou moins grandes déterminées dans l'accouchement *naturel*. »

Chacun comprend combien il est important de ne pas déduire certaines conséquences de faits qu'on n'a pas suffisamment approfondis, surtout quand elles peuvent avoir une gravité pareille à celle que je signale. Les exemples que je vais rapporter confirment pleinement l'exactitude de ceux que Chaussier avait observés, et sont autant de preuves à l'appui des réflexions que je viens de présenter ; de plus, ils démontrent sans réplique que la fracture des os du crâne peut résulter du travail naturel d'un accouchement qui s'effectue sous l'influence *des seules forces de la mère, et même facilement*.

Tel est le fait qui, bien que rare, doit être accepté comme une vérité incontestable ; il n'est pas douteux qu'un pareil résultat ne rende la controverse très-avantageuse pour l'inculpée, dans une accusation d'infanticide, car il fournit à la défense un argument d'une grande force aux yeux du jury et des magistrats. D'un autre côté, il impose à l'expert une attention extrême dans ses recherches et beaucoup de circonspection dans les conclusions qu'il est appelé à formuler dans le rapport judiciaire relatif à l'examen et à l'ouverture du cadavre ; enfin, toutes les fois qu'il peut se présenter quelque doute dans l'esprit de l'expert sur la cause des fractures du crâne qu'il aura observées chez un enfant nouveau-né, il est de son devoir de procéder immédiatement à la visite de la mère, afin de s'assurer si le bassin est régulièrement conformé, ou s'il n'existe pas quelques vices de conformation qui puissent expliquer les lésions qu'on remarque sur le crâne du fœtus.

Comme on l'a vu d'après la citation que j'en ai faite, les observations importantes de Chaussier datent du commencement de ce siècle. Le silence que l'on avait gardé jusqu'ici à leur sujet est, sans aucun doute, résulté de la publicité trop bornée qu'il leur avait donnée, et qui a pu contribuer à faire prendre pour de simples assertions des faits bien positifs. Dans un article plein d'intérêt que M. Danyau fils a publié sur ce genre de fractures (1), il ne les mentionne pas dans l'historique qu'il a donné, et il paraît croire que le premier exemple publié l'a été par W. J. Schmitt, en 1813, dans les Actes de la Société d'Erlangen. M. Danyau cite ensuite les cas suivants :

Ier *fait*. — Osiander rapporte qu'il possède dans sa collection anatomique le crâne d'un enfant né sans le secours de l'art. Les os sont le siége de fractures ou plutôt de fissures qui ne peuvent être attribuées qu'au long séjour de la tête dans un bassin étroit. La mère, dont le bassin n'avait pas tout à fait trois pouces dans le diamètre sacro-pubien, était accouchée *seule*, le 30 janvier 1812, au milieu des plus violentes contractions utérines. L'enfant, né mort, pesait six livres et demie. Le pariétal et le frontal gauches étaient fracturés. A un second accouchement, le 13 septembre 1819, cette même femme, reçue à l'hôpital, accoucha sans secours, et avec de très-fortes contractions, d'une fille vivante, mais petite, et ne pesant que cinq livres, dont le crâne offrait une dépression à droite. » (*F.-B. Osiander*, *Handb. der Entbindungs-Kunst*. II, 206.)

IIe *fait*. — Plus loin, le même auteur parle d'une autre femme primipare, âgée de 28 ans, reçue à l'hôpital le 10 novembre 1814. Depuis vingt-quatre heures en travail, cette femme, dont le bassin était rétréci par la saillie sacro-vertébrale, éprouva des douleur de plus en plus fortes jusqu'au 14. Les contractions, qui persistèrent avec intensité le 15 et le 16, amenèrent enfin l'expulsion de l'enfant. La tête offrait trois fissures, une de deux pouces, une seconde de sept lignes, et une troisième de quatre lignes de longueur. Au niveau de ces fissures, il y avait beaucoup de sang épanché (*l. c.*).

L'étroitesse simple du bassin, sans déformation de sa cavité, peut suffire aussi, dans quelques circonstances, pour déterminer des fractures du crâne du fœtus dans un accouchement qui, bien que long et difficile, se termine par les seules forces de la mère. Les fractures peuvent avoir alors des caractères particuliers qui ne permettent pas de les attribuer à une violence exercée sur la tête après

(1) Des Fractures des os du crâne du fœtus qui sont quelquefois le résultat d'accouchements spontanés (Journal de chirurgie, par M. Malgaigne, numéro de janvier 1843 (supplément), p. 40 et suiv.

l'accouchement. J'en ai recueilli un exemple remarquable pendant que j'étais interne à l'Hôtel-Dieu d'Angers, et attaché au service de la maternité de cet hôpital. Le voici :

IIIe *fait.* — Rose Ch..., âgée de 20 ans, très-régulièrement conformée, primipare, entra à la Maternité le 6 mai 1818, et y accoucha le 29 juin suivant. Cet accouchement se termina naturellement sans l'intervention d'aucun secours, mais après des douleurs excessives et prolongées pendant vingt-quatre heures environ, résultant de la difficulté que la tête éprouva à franchir le détroit supérieur et l'excavation du petit bassin qui présentait une étroitesse assez considérable. L'enfant était mort lorsqu'il fut expulsé.

La tête de ce fœtus offrait une déformation particulière : elle était aplatie dans son diamètre vertical ; son diamètre bipariétal, au lieu d'être horizontal, était oblique d'avant en arrière et de droite à gauche ; de telle sorte que la bosse pariétale gauche était en même temps sur un plan plus élevé que la bosse pariétale droite (1). Je disséquai ce crâne avec soin, et je reconnus que, par suite de la pression violente que la tête avait éprouvée à son passage, le pariétal droit avait été déprimé de telle sorte que son bord inférieur recouvrait en partie la portion écailleuse du temporal correspondant, *dont le bord était écrasé, tandis que le bord postérieur de ce même pariétal, en s'arc-boutant contre le bord correspondant de l'os occipital, avait déterminé une fracture de ce bord, fracture d'un centimètre d'étendue dans laquelle le pariétal était resté solidement engrené.*

Je conserve le crâne de ce fœtus, sur lequel on remarque aussi un soulèvement assez considérable de tout le pariétal gauche, résultant de la dépression que toute la région latérale droite avait subie, avec chevauchement de la moitié droite de l'os frontal sur sa moitié gauche : tous les os sont épais et durs.

Quand il existera une fracture de ce genre, avec une déformation générale du crâne analogue à celle que je viens de décrire, il sera difficile qu'un expert tant soit peu attentif ne reconnaisse pas que la lésion des os dépend uniquement du travail de l'accouchement et de l'enclavement plus ou moins prolongé de la tête de l'enfant dans l'excavation du bassin. Dans les deux premiers cas que cite Osiander, les dépressions remarquées sur le crâne de deux des enfants autorisent à penser qu'il y avait chez la première femme, comme chez la seconde, une saillie sacro-vertébrale très-prononcée, et cette circonstance pouvait expliquer la production des fractures signalées. Mais dans l'exemple suivant, rapporté par Siebold, on ne constata rien d'anormal dans la conformation du bassin, dont les dimensions étaient seulement très-rétrécies relativement aux diamètres de la tête de l'enfant.

(1) Les diamètres de cette tête desséchée sont les suivants: l'occipito-frontal, 4 pouces 4 lignes (11 centimètres 6 millimètres); l'occipito-mentonnier, 4 pouces 10 lignes (13 centimètres); le bi-pariétal, 3 pouces 7 lignes (9 centimètres 5 millimètres); le sous-occipito-bregmatique, 3 pouces 2 lignes (8 centimètres 5 millimètres).

IVe *fait.* — Kath. Elis. Sch..., âgée de 30 ans, fut reçue à la Maternité de Berlin le 11 mars 1831. Premier accouchement : forceps, enfant mort. Deuxième accouchement : la tête, haute d'abord, descend, après la rupture des membranes, en seconde position transversale et s'y maintient fixe pendant longtemps ; trente grains de seigle ergoté développent d'énergiques contractions, et, une demi-heure après, l'enfant est expulsé mort, offrant une profonde dépression sur les deux tempes.

Cette femme était enceinte pour la troisième fois, et parvenue au commencement du huitième mois de sa grossesse ; la mensuration avec le compas d'épaisseur, à laquelle Siebold accorde beaucoup de confiance, donnait 3 p. 1/2 pour l'étendue du diamètre sacro-pubien. Toutefois le doigt n'atteignait pas l'angle sacro-vertébral, et ne faisait non plus reconnaître aucune saillie anormale à l'intérieur du bassin. La partie fœtale était haute et inaccessible.

Les premières douleurs du travail se manifestèrent le 5 mai. Bientôt on sentit la tête en portant le doigt très-haut derrière la symphyse du pubis. A quatre heures, la dilatation était complète, et une heure après les membranes se rompirent ; après quoi l'orifice, dont la dilatation n'était pas soutenue par l'engagement d'une partie du fœtus, revint notablement sur lui-même. Alors le doigt put atteindre l'angle sacro-vertébral et reconnaître que la tête se présentait au détroit supérieur en première position transversale. Après de violents efforts, elle franchit le détroit, et une demi-heure suffit ensuite à l'expulsion de l'enfant. C'était une fille, pesant sept livres, et qui ne donna aucun signe de vie. La mère, après la délivrance, se trouva un peu faible, mais n'éprouva aucun accident ; les suites de couches furent naturelles, et huit jours après, elle quitta la Maternité en bon état.

La tête du fœtus avait les diamètres suivants : D. occipito-frontal, 4 pouces 1/2. D. bipariétal, 3 pouces 1/2. D. occipito mentonnier, 5 pouces. Ecchymose et excoriation à la tempe gauche, au niveau de la fontanelle dite de *Casserius* (petite fontanelle antérieure et inférieure). Epanchement sanguin abondant à la surface du crâne. Le pariétal gauche avait fortement chevauché, particulièrement en avant, sur le droit ; pareil chevauchement existait à la moitié gauche de la suture lambdoïde. Le temporal droit était luxé en dehors, et la fontanelle antérieure et inférieure se trouvait par là notablement agrandie. Trois fissures existaient au pariétal gauche : la plus longue (1 pouce 1/2) s'étendait de la bosse pariétale à la suture sagittale ; la seconde (1 pouce) partait du bord antérieur de l'os et se dirigeait en arrière vers la bosse pariétale ; la troisième (4 lignes) se trouvait à quelque distance au-dessus de la seconde. Enfin, il y en avait une quatrième sur le frontal, au-dessous de l'ecchymose signalée plus haut. Elle avait un pouce de longueur, et s'étendait horizontalement en avant vers la bosse coronale. Quand on pressait fortement le crâne, on voyait sourdre du sang en grande quantité à travers les fissures. Siebold donne une bonne figure de cette tête de fœtus.

A la suite de cette observation, M. Danyau en cite deux autres, du docteur Begasse, de Belzing ; mais

l'insuffisance des détails de l'une et de l'autre m'engage à les passer sous silence. Celle qu'il rapporte ensuite est, au contraire, aussi importante, pour la question dont il s'agit ici, par ses détails circonstanciés, que par l'exemple qu'elle présente d'une fracture du crâne avec enfoncement d'un fragment presque détaché, résultant d'un accouchement spontané.

V^e *fait.* — La nommée V..., ouvrière, d'une petite stature, mais dont la taille et les membres ne sont point déformés, dit avoir eu une enfance exempte de maladies, et ne se rappelle point avoir été nouée. Cette femme, habituellement bien portante, est parvenue au terme de sa neuvième grossesse. Son premier enfant, extrait avec le forceps, naquit mort. Les cinq suivants se présentèrent par le siége; un seul naquit vivant ; enfin les deux derniers, qui présentèrent le sommet, furent expulsés spontanément, mais étaient mort-nés. Ils étaient tous, assure-t-elle, assez forts, sans excepter celui même qui est venu au monde vivant. Cette dernière circonstance, sur l'exactitude de laquelle la suite de cette observation est bien propre à faire naître des doutes, ne fut pas la seule qui resta obscure pour nous, faute de renseignements précis, et nous regrettons de ne savoir rien de positif sur la durée, les difficultés, les détails de la terminaison des huit premiers accouchements.

Arrivée à trois heures du soir, le 13 février 1842, à la Maternité, cette femme fut examinée à la salle de réception, et cet examen permit de reconnaître la présence du cordon et d'une main au-dessous de la tête. Le travail se déclara le soir même, à sept heures, et presque aussitôt les membranes se rompirent. Lorsque V... fut amenée à la salle d'accouchement, à neuf heures, on ne sentait plus le cordon ni la main. Les contractions, faibles jusqu'à dix heures, devinrent ensuite plus fortes et plus rapprochées. A minuit, la dilatation était complète. A une heure et demie, la tête, engagée dans le détroit, était fortement comprimée contre l'angle sacro-vertébral et la symphyse des pubis, et ne s'avançait pas. A deux heures, le méconium s'écoulant, l'auscultation fut pratiquée : on n'entendait plus les battements du cœur. Jusqu'à cinq heures moins dix minutes, les choses restèrent dans cet état, malgré les contractions énergiques de l'utérus et les efforts de la femme. A cinq heures cinq minutes, la tête fut tout à coup poussée jusqu'à la vulve par une seule contraction; cinq minutes après, elle était expulsée, et le tronc suivit aussitôt. Avant que la tête arrivât jusqu'à la vulve, on avait distinctement senti en arrière que le pariétal gauche était déprimé. Quand la tête acheva de franchir le détroit supérieur, on n'entendit aucun bruit particulier. Pourtant, aussitôt après la naissance de l'enfant, on reconnut qu'il y avait non-seulement dépression, mais encore double fracture à la partie antérieure du pariétal gauche. L'enfant, qui était une fille du poids de 3 kilogrammes 250 grammes, ne donna aucun signe de vie.

Pour ne point allonger cette observation de détails étrangers à notre sujet, je me contenterai de dire que deux heures après l'accouchement des symptômes de péritonite suraiguë se déclarèrent. Bientôt la femme fut dans un état désespéré, qui se termina par la mort, le 16, à sept heures du matin.

A mon arrivée à l'hospice, le 14, j'avais examiné la tête de l'enfant. Elle offrait non-seulement un aplatissement d'un côté à l'autre, un chevauchement des sutures bipariétale et lambdoïde, mais encore une forte dépression du pariétal gauche, dépression oblique de la bosse au bord antérieur de l'os, où elle avait sa plus grande largeur, et d'où elle s'étendait jusque sur la partie voisine du frontal. Du sang était épanché sous le péricrâne, au niveau de cette dépression, et il en refluait une certaine quantité de l'intérieur du crâne, par deux fractures partant de la bosse pariétale, et limitant en haut et en bas la partie déprimée. Désirant conserver la tête de ce fœtus, je la laissai entière, et ne constatai point l'état du cerveau au niveau des fractures et de la dépression. Cette tête desséchée offre les dimensions suivantes :

Diamètre occipito-mentonnier. .	4 pouces	6 lignes.	
— — frontal. . . .	4 —	1	1/2
— biparietal.	3 —	6	
— sous-occip.-bregmatique.	3 —	7	

Les os sont épais et durs, les fontanelles petites, les sutures étroites.

Nous avons dit que les deux fractures partaient de la bosse pariétale. En ce point, leurs extrémités ne sont séparées que de deux lignes ; de là elles partent en divergeant, formant les deux côtés d'un triangle dont la base, située au bord antérieur de l'os, a onze lignes d'étendue. La fracture inférieure, qui a dix-huit lignes de long, se continue sur le frontal avec une petite fracture de quatre lignes d'étendue ; à l'extrémité antérieure de la fracture supérieure, qui a quinze lignes de longueur, une petite partie du bord du frontal est fracturée et enfoncée. Enfin, au milieu de la base de la surface triangulaire circonscrite entre les deux fractures principales, existe une petite fissure du pariétal, qui s'élève à la hauteur de sept lignes.

Quant au bassin, en voici les mesures prises sur le cadavre de la femme :

Diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur.	2 pouces	9 lignes.	
Diamètre bis-iliaque.	4	4	
— oblique droit.	4	5	
— oblique gauche.	4	3	1/2
De l'angle sacro-vertébral à l'émin. iléo-pectinée gauche.	2	8	
De l'angle sacro-vertébral à l'émin. iléo-pectinée droite.	2	7	
De l'angle sacro-vertébral au milieu de la branche horiz. du pubis gauche.	2	10	
— — droit. .	2	11	
Longueur courbe du sacrum. . . .	4	8	
Hauteur de la symphyse pubienne. .	»	14	
Diamètre bi-sciatique.	3	8	
— coccy-pubien dans la plus grande rétropulsion du coccyx. . .	4	6	

Dans ce cas, on voit, avec une saillie plus grande de l'angle sacro-vertébral, un désordre plus considérable des os du crâne, résultat qui confirme en tous points les remarques pratiques de Chaussier. Comme il s'agit, pour moi, d'établir ici par des exemples incontestables qu'un accouchement spon-

tané, effectué sans aucun secours étranger, peut être suivi de fractures du crâne chez l'enfant nouveau-né, je ne rapporterai pas le fait que M. Danyau relate ensuite, bien que je pense, comme lui, que la fracture observée à la voûte orbitaire droite ait été causée uniquement par les efforts de parturition ; mais l'accouchement ayant été terminé après qu'on eut opéré la version de l'enfant, cette circonstance fait disparaître toute analogie entre ce cas et ceux qui peuvent fournir matière à des accusations d'infanticide. Il n'en est pas de même de l'exemple suivant.

VIe *fait*. — La nommée Bras..., âgée de 24 ans, petite, mais bien conformée, a toujours été bien portante, dit avoir marché de bonne heure, et ne présente dans son squelette aucune trace de rachitisme. Elle est accouchée une première fois naturellement d'un enfant qui n'était pas tout à fait à terme, mais très-viable et qui a vécu.

Le travail avait duré quarante-huit heures. Il ne fut rien observé de particulier sur la tête de cet enfant au moment de sa naissance.

Le 11 juin 1842, à cinq heures du soir, cette femme, en travail depuis trente et une heures, entra à la Maternité. Les contractions étaient faibles, l'orifice peu dilaté, les membranes entières, la tête élevée (1re position du sommet). Ce ne fut qu'un peu plus tard qu'on reconnut la projection de l'angle sacro-vertébral. A huit heures et demie, la dilatation de l'orifice de l'utérus était complète, les membranes se rompirent, et les contractions devinrent plus énergiques. Sous l'influence de ces contractions, la tête poussée sur le détroit supérieur y resta appliquée et à peine engagée pendant plus d'une heure. Tout à coup, deux contractions excessivement fortes firent descendre la tête, qui parvint à la vulve immédiatement après. L'expulsion de l'enfant se fit alors avec rapidité. Il naquit un peu étonné, mais fut ranimé tout de suite. Il était bien développé, paraissait à terme (la dernière époque menstruelle avait eu lieu le 21 septembre). Il pesait trois kilogrammes. Le pariétal gauche était profondément déprimé. Lorsque je vis cet enfant le lendemain matin, dit M. Danyau, il existait un peu de gonflement pâteux au niveau de la dépression et un peu de rougeur du cuir chevelu. J'examinai cette dépression avec beaucoup de soin, et je constatai qu'elle occupait une surface irrégulièrement circulaire, de deux pouces de diamètre antéro-postérieur et vertical ; qu'en avant elle s'étendait jusqu'à la suture fronto-pariétale, en haut jusqu'à quatre lignes de la suture bi-pariétale, en bas à un pouce de la partie supérieure du pavillon de l'oreille ; en arrière, à dix-sept lignes de la fontanelle postérieure. Le point correspondant à la bosse pariétale était au niveau de la partie postérieure et supérieure de la dépression. La partie la plus profonde de la dépression était à quatre lignes au-dessous de la partie non déprimée. La surface déprimée était solide ; sa largeur, ainsi que l'absence de toute mobilité, de toute crépitation, excluaient l'idée de fractures concomitantes. Nous verrons cependant que les os n'étaient pas intacts.

Les mesures prises sur la tête de l'enfant donnaient les résultats suivants :

Diamètre occipito-mentonnier. . .	4 pouces	6 lignes	1/2
— occipito-frontal. . . .	4	2	
— sous-occipito-bregmatiq.	3	9	1/2
Du centre de la dépression à gauche à la partie infér. du pariétal droit.	2	9	1/2
De la bosse pariétale droite à la partie inférieure du pariétal gauche, immédiatement au-dessous de la dépression.	3	4	

Voici, d'un autre côté, les mesures du bassin prises chez la mère, qui sortit parfaitement rétablie au bout de quelques jours :

D'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre.	8 pouces	10 lignes.
De la partie la plus élevée de la crête iliaque d'un côté au point diamétralement opposé. . . .	9	3 1/2
Diamètre sacro-pubien (par le toucher vaginal).	3	4
Diamètre sacro-pubien (par le compas d'épaisseur de Baudelocque).	3	3

L'enfant fut un peu souffrant et abattu le surlendemain de sa naissance, et refusa de teter ; mais cet état ne fut que passager, et sa santé ne cessa pas d'être très-bonne sous tous les rapports tant qu'il resta à la Maternité. Lorsqu'au bout de huit jours il fut transporté à l'hospice des Enfants-Trouvés, la dépression n'avait pas diminuée ; elle semblait même avoir augmenté, apparence trompeuse qui dépendait de la disparition du gonflement pâteux des téguments.

Peu de temps après son entrée à l'hospice des Enfants-Trouvés, l'enfant fut pris d'un muguet confluent compliqué d'entérite, et succomba le 29 juin, à dix heures du soir, dix-huit jours après sa naissance.

L'autopsie, à laquelle j'assistai, démontra que la dépression ne s'était pas relevée, que le cerveau était déprimé dans une étendue correspondante à la dépression du pariétal, mais n'avait pas d'ailleurs subi la moindre altération. Il n'y avait ni déchirure, ni ramollissement, pas même d'injection de la substance cérébrale. La dure-mère était également parfaitement intacte et tout à fait saine. Deux fractures qui n'avaient pu être soupçonnées pendant la vie existaient au pariétal, toutes deux partant de la circonférence de la dépression et aboutissant à la suture sagittale, l'une postérieure et oblique, qui avait quinze lignes de longueur, l'autre presque verticale, se terminant à la partie moyenne du bord supérieur de l'os, et qui n'avait que sept à huit lignes d'étendue. Les bords de ces deux fractures étaient écartés d'une ligne environ, et l'intervalle était rempli par un tissu osseux de nouvelle formation, très-mince et très-délié. Enfin, une toute petite fissure de trois lignes partant de la partie antérieure et inférieure de la dépression allait se terminer au bord antérieur de l'os.

Quoique les os du crâne soient uniformément minces, facilement dépressibles et assez élastiques, on fracturerait plutôt la partie déprimée qu'on ne parviendrait à la relever. La solidité de cette portion a été augmentée par le dépôt, sur les deux faces, d'une nouvelle couche osseuse, assez régulière à l'extérieur, plus épaisse au niveau des parties les plus déprimées.

Ce dernier exemple, ainsi que les 2e, 3e et 5e faits qui précèdent, concourent à établir que, dans la plupart des cas où l'on a observé des fractures du crâne résultant d'un accouchement spontané, le travail a été *long*; cette circonstance peut donc déjà porter à penser que la cause qui a mis obstacle à la terminaison rapide de la parturition, a pu être aussi celle des fractures constatées sur le cadavre. Or, il est bien difficile qu'une femme puisse alors dissimuler et cacher son accouchement quand elle est de la sorte longtemps en proie aux douleurs aiguës d'un travail laborieux : d'où il suit qu'il peut y avoir déjà des présomptions de crime lorsque les fractures du crâne existent chez un enfant dont l'accouchement a été *prompt* et clandestin.

Néanmoins, dans la discussion médico-légale à laquelle le genre de lésions dont je parle ici doit nécessairement donner lieu, l'expert devra tenir compte de la *longueur* du travail, et la prendre en grande considération dans l'appréciation de la cause des fractures du crâne, quand l'instruction d'une affaire d'infanticide établira que l'accouchement de l'inculpée a été *long* et difficile.

Il est vrai que le contraire peut également avoir lieu, c'est-à-dire qu'il existe des cas dans lesquels un accouchement spontané est effectué assez rapidement pour qu'il eût été possible de le dissimuler, et dans lesquels on a observé des fractures du crâne qui résultaient uniquement du travail de la parturition : la connaissance d'un pareil résultat pourra donc fournir encore un argument tout à l'avantage de l'inculpée, argument que la science ne doit pas taire, car elle n'a qu'un intérêt dans ses recherches, celui de la vérité, que celle-ci favorise la défense, ou l'accusation. On a vu, en effet, que si, dans le *deuxième* cas, le travail avait duré près de *trois jours*, que s'il s'était prolongé trente-cinq heures dans le *sixième*, et vingt-quatre heures dans le *troisième*, sa durée n'avait été que de dix heures et demie dans le *cinquième*. Il ne serait donc pas impossible déjà qu'une femme fût capable de cacher un accouchement dont le travail aurait eu la durée de ce dernier, et à la suite duquel l'enfant aurait été expulsé mort avec une ou plusieurs fractures du crâne; à plus forte raison le mystère de l'accouchement sera-t-il facile à garder si le travail ne dure que quatre ou cinq heures environ, comme on l'a vu dans la *quatrième* observation, laquelle prouve, en outre, que des fractures multiples peuvent alors exister sans qu'on ait reconnu aucune déformation appréciable du bassin.

En discutant la possibilité de la production des fractures du crâne par le seul fait de l'accouchement, M. Devergie, après avoir répété les remarques faites par Chaussier, ajoute que, pour que de pareils résultats aient lieu, « il faut d'abord « une très-grande force de la part de la mère, « ensuite un rétrécissement de l'un des diamètres « du bassin dans lequel la tête est engagée, en « outre, qu'il est difficile qu'une femme cache un « accouchement dont le travail est aussi douloureux « et aussi opiniâtre, si même elle peut se délivrer « seule. »

Cette opinion n'est point absolument vraie, comme on le voit; car si quelques-uns des faits que je viens de citer la confirment en partie, il en est qui lui donnent un démenti formel sous tous les rapports; tel est celui que Siebold a rapporté (IVe fait), ainsi que les deux suivants.

VIIe *fait*. — D'Outrepont *a vu* naître un enfant, le troisième que la femme mettait au monde, qui mourut dans des convulsions aussitôt après sa naissance. Le pariétal gauche offrait une fracture allongée d'arrière en avant, d'un pouce et demi de longueur. L'accouchement avait été spontané, *court et facile*. Chose remarquable, le bassin était bien conformé, et l'enfant, à terme d'ailleurs, était d'un volume ordinaire (Danyau, *loc. cit.*).

VIIIe *fait*. — Carus rapporte qu'une femme déjà accouchée une première fois péniblement, mais naturellement, d'un enfant à terme et qui vécut six mois, eut un second accouchement *facile*. L'enfant offrait une dépression aux os du crâne et une fissure au frontal droit (Danyau, *loc. cit.*).

Ces derniers faits démontrent donc que les assertions de M. Devergie pourraient, dans certains cas, conduire un expert à émettre une opinion contraire à la vérité; en outre, ils concourent à établir ce principe : qu'un expert ne devra pas nier que des fractures du crâne se soient effectuées spontanément, naturellement, dans un accouchement, parce que celui-ci n'aura pas exigé une très-grande force de la part de la mère, parce qu'il n'existera pas chez elle un rétrécissement de l'un des diamètres du bassin, enfin parce que la mère aura pu cacher un accouchement dont le travail n'aura été ni très-douloureux ni très-difficile.

§ II. — *Fractures du crâne résultant d'une anomalie dans l'ossification*. — Dans cette première série des faits que je viens de rapporter, on a vu que les fractures du crâne, indépendantes de toute violence criminelle, avaient eu pour cause une déformation du bassin dont l'existence avait pu être constatée dans quelques circonstances; si, dans d'autres, on n'a rien remarqué de semblable, il y a lieu de croire qu'il n'en existait pas moins un obstacle insolite, mais qui n'avait pas été accessible aux moyens d'explorations mis en usage pour le reconnaître. A ce premier genre de causes, il faut en ajouter un second qu'il est important qu'un expert connaisse, car il fournit une explication aussi simple que naturelle de certaines fractures des os du crâne chez l'enfant nouveau-né.

Je veux parler de l'extrême fragilité que ces os présentent quelquefois par suite d'une ossification incomplète, ou anormale dans son développement primitif. Les os sont alors excessivement minces, les progrès de leur ossification n'ont point été réguliers, la trame osseuse est tellement raréfiée dans certains points que l'os semble perforé, que sa continuité est même parfois interrompue, et à la circonférence de ces sortes de trous ovalaires ou arrondis, le tissu de l'os a l'aspect d'une gaze irrégulièrement dentelée.

On comprend qu'il suffira alors d'une faible pression exercée sur la tête de l'enfant pour qu'une semblable fragilité des os entraîne soit des fractures, soit des dépressions plus ou moins profondes d'un des points de la périphérie du crâne; et pour peu que le travail de l'accouchement soit prolongé,

que la tête éprouve quelque difficulté à s'engager dans l'excavation pelvienne, une solution de continuité des os surviendra dans les points où ils offrent ainsi une moindre résistance.

En voici un exemple que j'ai observé, et qui montrera en même temps la circonspection que l'expert doit apporter dans ses conclusions, quand un fait de ce genre se présente accompagné de circonstances qui peuvent faire présumer que des violences criminelles ont coïncidé avec cet état insolite des os du crâne.

IXe *fait.* — La femme P..., cuisinière chez un traiteur de la barrière du Roule, déjà mère une première fois, et accouchée à sept mois, était arrivée au neuvième mois de sa grossesse, quand elle fut surprise par les douleurs de l'accouchemeut, au milieu de son service, et lorsqu'elle venait de descendre à la cave; là ses douleurs redoublent, et pendant qu'elle est à demi-fléchie et appuyée contre la muraille, elle accouche en appelant à son secours. Quand on arriva près d'elle, elle avait perdu beaucoup de sang; l'enfant était mort : au moment de son expulsion, dit-elle, le cordon s'était rompu. Je fus chargé avec M. Devergie, par une ordonnance de M. Croissant, substitut de M. le procureur du roi, de procéder à l'autopsie; voici le résumé des observations que nous fîmes le 5 août 1839, à l'hôpital Beaujon, où la mère et l'enfant avaient été transportés immédiatement.

Il n'existait aucune tumeur sanguine à la tête de l'enfant. La dissection des téguments du crâne nous fit constater d'abord dans la région pariétale droite une ecchymose de quatre centimètres de longueur sur quinze millimètres de largeur, formée par du sang noirâtre, et dans la région pariétale gauche une autre ecchymose de sept centimètres de longueur sur cinq et demi de largeur, avec un peu d'infiltration de sérosité. L'os pariétal droit était intact, régulièrement ossifié, et d'une épaisseur normale. L'os pariétal gauche, au contraire, offrait un vice d'ossification particulier, et était divisé en *quatre* fragments. Les bords de ces portions d'os étaient ondulés dans la presque totalité de leur étendue, excepté en avant et en haut, où les fibres de l'os étaient évidemment brisées dans une longueur de deux centimètres et demi. Les autres bords de chaque fragment étaient minces, fragiles, comme frangés, tout à fait semblables à ceux des portions d'os plats dont l'ossification n'est pas achevée. Dans l'intervalle que ces bords amincis et sinueux laissaient entre eux, on remarquait de petites lamelles osseuses, dentelées sur leurs bords, qui constituaient autant de points d'ossification isolés, correspondant aux parties du pariétal qui présentent, dans l'état normal, le plus d'épaisseur et de solidité. Il y avait infiltration de sang sur la dure-mère et sous le périoste, dans le trajet de la fracture qui avait interrompu la continuité des fibres osseuses.

Un vice d'ossification, comme celui qui existait ici, rendait nécessairement ce pariétal beaucoup moins résistant, plus fragile; aussi admîmes-nous comme possible l'explication donnée par la mère, qui déclarait qu'au moment de son accouchement, le cordon s'étant rompu, la tête de l'enfant avait été frapper assez brusquement contre le sol de la cave. L'absence de tumeur sanguine sous les téguments du crâne venait à l'appui de cette déclaration, en prouvant que la sortie de la tête avait été brusque et l'expulsion de l'enfant, rapide. A la vérité, le cordon, d'ailleurs sans trace de ligature, nous avait paru avoir été *coupé* irrégulièrement plutôt que *déchiré;* d'un autre côté, l'ecchymose de la région pariétale *droite* nous paraissait aussi résulter plus vraisemblablement d'une contusion directe de cette partie de la tête, postérieure à l'accouchement, que d'un effet dépendant du travail de la parturition. Nous dûmes donc faire entrevoir dans nos conclusions les présomptions que ces deux dernières circonstances pouvaient autoriser, tout en reconnaissant que, d'après la fragilité de l'os, provenant du vice d'ossification dont il était le siége, il avait suffi d'un choc, ou d'une pression accidentelle, bien faible, pour produire la fracture signalée.

A cette circonstance particulière, qui, dans l'espèce, ôtait aux fractures du crâne une partie de leur importance, il s'en rattachait plusieurs autres également en faveur de l'inculpée : ainsi, la femme P... n'avait aucun intérêt à la mort de son enfant; son mari connaissait parfaitement son état de grossesse; jusqu'à la fin elle n'avait cherché en aucune manière à le dissimuler. En conséquence, une ordonnance de *non-lieu* fut le résultat de l'instruction de cette affaire.

L'article important de M. Danyau fils renferme un exemple qui donne une nouvelle confirmation de l'exactitude des remarques que j'ai faites plus haut, sur cette cause particulière et naturelle de fractures des os du crâne du fœtus; M. Danyau fait précéder la narration de ce cas intéressant, des observations suivantes qui sont aussi judicieuses que fondées.

La mère de l'enfant avait le bassin bien conformé; nul obstacle insolite n'existait dans les parties molles; et si les os ont été brisés, il faut l'attribuer à une fragilité excessive, résultant d'une ossification incomplète. « Les pariétaux, seuls des os du crâne sur lesquels, dit-il, il ait observé cette disposition, offrent quelquefois des plaies arrondies, ovalaires ou irrégulières, au niveau desquelles le tissu osseux est réduit à une couche très-mince. Cette couche, dans laquelle on ne reconnaît point de fibres rayonnées, ne peut être mieux comparée qu'à une mousseline légère à mailles excessivement fines. L'os est, dans ces points, très-fragile. Lorsque ces espaces faibles sont isolés et distants, le soutien qu'ils reçoivent des parties voisines plus solidement ossifiées les préserve de toute lésion sérieuse; lorsqu'ils sont plus rapprochés, et disséminés au milieu d'une surface où la disposition rayonnée persiste, mais où la raréfaction du tissu osseux est sensible, l'os peut se briser sous un effort médiocre. C'est ainsi sans doute que les choses se sont passées dans le cas suivant. »

Xe *fait.* — Une domestique, âgée de 22 ans, d'une assez forte constitution et d'une santé habituellement bonne, bien conformée, enceinte de son premier enfant et à terme, ressentit les premières douleurs de l'enfantement le 22 juillet 1842, à une heure du matin. A neuf heures elle arriva à la Maternité, et fut aussitôt reçue à la salle des accouchements. A

cette époque, on trouva l'orifice souple, mince, dilaté de dix lignes environ. Les membranes étaient entières, les contractions faibles. La tête se présentait en première position du sommet. L'angle sacro-vertébral n'était point accessible au doigt. Bien que les douleurs fussent devenues plus fortes dans la journée, la dilatation n'avait pas encore fait de progrès sensibles dans la soirée, et les membranes restant constamment tendues sans s'engager à travers le cercle utérin, on se décida à les rompre, à six heures du soir. Il ne s'écoula pas plus de deux cuillerées de liquide. Les douleurs devinrent plus vives, plus régulières, plus franchement intermittentes, et, à neuf heures, la dilatation était complète. Bientôt la tête franchit l'orifice, s'avança rapidement à la vulve, et à dix heures l'enfant fut expulsé. Il était mort, mais n'avait certainement cessé de vivre que depuis peu de temps; car, un quart d'heure avant la terminaison de l'accouchement, l'auscultation avait constaté des battements du cœur forts et réguliers. L'enfant pesait 3 kilogrammes 875 gramm. La surface du corps était violacée.

On reconnut aussitôt que des fractures nombreuses existaient au sommet de la tête, des deux côtés de la suture bipariétale.

A l'ouverture du cadavre, je constatai que le péricrâne était détaché sur les deux côtés de la suture bipariétale, particulièrement en arrière; que du sang liquide était épanché au-dessous; que les deux pariétaux offraient, parallèlement à la suture, une série de fractures irrégulières au-dessous desquelles le sang épanché sous le péricrâne avait pénétré; il formait une couche mince sur la dure-mère, décollée d'un demi-pouce à droite et à gauche. Le système vasculaire cérébral était congestionné, les sinus veineux surtout gorgés de sang; mais aucun épanchement sanguin n'existait soit à la surface supérieure, soit dans les scissures, soit à la base du cerveau, non plus qu'à la surface du cervelet. La masse encéphalique, ainsi que les divers organes de la poitrine et de l'abdomen, étaient sains. Le développement était parfait et la conformation partout régulière.

En examinant de nouveau ces fractures sur la pièce desséchée, on voit qu'elles se sont opérées dans le tiers supérieur des deux os, où le tissu présentait les conditions de raréfaction que nous avons indiquées précédemment. Suivant une direction générale d'avant en arrière, à distance à peu près égale de la suture (sept à huit lignes), elles sont onduleuses, irrégulières, déchiquetées, et, dans quelques points, la macération a enlevé quelques petites parties de ce délicat tissu de mousseline que nous avons décrit.

Les fractures n'ont point été produites par une pression directe. On ne peut guère s'en rendre compte, ce me semble, qu'en admettant qu'elles résultent d'un effet de pression latérale qui, après avoir fait chevaucher les deux pariétaux, aura tendu à augmenter leur courbure et les aura fait céder dans les points les plus faibles. Ce sont donc des fractures indirectes.

Après les détails qu'on vient de lire, je n'ai rien à ajouter sur cette cause des fractures du crâne, consécutives à un accouchement naturel qui se termine sans aucune intervention étrangère. On pouvait penser à l'avance qu'un pareil état des os devait rendre l'accouchement plus facile, puisque la tête, qui forme ordinairement l'obstacle principal à la sortie spontanée de l'enfant, présente alors une mollesse, une flexibilité qui aident et accélèrent son passage. Les deux exemples qui précèdent confirment cette prévision; je me bornerai à faire remarquer que cette cause de fractures peut très-bien exister dans un accouchement naturel, dont le travail peu prolongé eût rendu facile à la mère de cacher l'accomplissement.

L'expert comprendra donc toute l'importance qu'il y a à rechercher toujours s'il n'existe point d'anomalie dans l'ossification des os du crâne, lorsque la dissection lui fait constater des fractures de ces os, dans une enquête médico-légale.

Je n'ajouterai ici que quelques mots sur une lésion spontanée des os du crâne qui pourrait aussi être attribuée, dans certains cas, à une violence coupable, si un examen léger, ou une observation inexacte, conduisait à une appréciation fausse de la cause de cette lésion : je veux parler de l'altération des os du crâne dans le *céphalœmatome*. On a vu parfois, en effet, une dépression avec fissure (*Hœre*), ou sans fissure de l'os, dans la partie correspondante à l'épanchement *sous-péricrânien*. Mais les caractères particuliers du céphalœmatome seront toujours reconnus par un observateur attentif (1).

ARTICLE DEUXIÈME. — *Fractures des os des membres et du tronc.*

Bien que les fractures des os des membres et du tronc n'offrent pas la même gravité que celle des os du crâne, parce que ces dernières sont ordinairement accompagnées de désordres qui entraînent rapidement la mort de l'enfant, une appréciation exacte des causes des premières, et des circonstances dans lesquelles elles ont pu s'effectuer, peut souvent concourir à éclairer les magistrats dans la recherche de ces faits. Ce n'est point, en général, sur des enfants *nouveau-nés* qu'on est appelé à constater des lésions de ce genre : c'est plus spécialement sur des enfants à la mamelle, et dans le cours de la première ou de la deuxième année après la naissance, qu'on les observe. Leur étude n'appartient donc pas directement, comme on le voit, à l'histoire de l'infanticide, et telle est sans doute la cause pour laquelle les auteurs qui se sont occupés de ce dernier sujet ne l'y ont pas rattachée.

Cependant il est des cas dans lesquels l'existence des fractures de ce genre pourrait faire penser qu'un enfant nouveau-né a été l'objet de manœuvres criminelles. En effet, des exemples authentiques démontrent que la fracture de différents os peut avoir lieu accidentellement pendant le séjour du fœtus dans l'utérus : il a même présenté alors des luxations

(1) Voyez, pour plus de détails sur cette affection particulière : P. Dubois, Dict. de méd., t. VII, article Céphalœmatome. — Billard, Traité des maladies des enfants nouveau-nés, etc., 3e édition, Paris, 1837, in-8, p. 101 et suiv. — Valleix, Clinique des maladies des enfants nouveau-nés, Paris, 1838, in-8, p. 494 et suiv. — Annales de la chirurgie française et étrangère, t. VIII, p. 102; t. X, p. 176.

de plusieurs articulations. Or, si des lésions de ce genre sont constatées sur un enfant qui succombe peu après sa naissance, dans des circonstances propres à autoriser des soupçons de crime, ne peuvent-elles pas être considérées comme autant de traces de violences exercées sur lui, et dès lors conduire à conclure que la mort a été la conséquence de ces violences ?

D'un autre côté, il est des faits qui prouvent que les os du tronc et des membres peuvent offrir des solutions de continuité multipliées, qui ont l'apparence de fractures accidentelles, tandis qu'elles sont le résultat d'une anomalie dans l'ossification, comme nous en avons rapporté des exemples pour les os du crâne ; mais, dans ce dernier cas, on a vu qu'une cause extérieure (le travail de l'accouchement) a le plus souvent produit les fractures qu'on a observées, fractures que l'imperfection de l'ossification rendait d'ailleurs très-faciles ; tandis que les solutions de continuité des os des membres ou du tronc existent indépendamment de toute influence extérieure : elles sont uniquement l'effet du développement anormal de l'ossification, comme on verra que les caractères particuliers qu'elles offrent en donnent la démonstration. Enfin, un état particulier du tissu osseux rend généralement les fractures accidentelles très-faciles chez les jeunes enfants : il y a donc encore ici une particularité d'organisation dont l'expert devra tenir compte, comme je le ferai voir dans les exemples que je relaterai plus loin.

Les considérations qui précèdent suffisent, je crois, pour montrer combien il importe qu'un expert ait une connaissance précise des faits dont il est ici question, afin qu'il ne confonde pas des cas plus ou moins semblables avec ceux dans lesquels les lésions existantes résulteraient de violences exercées sur le corps d'un enfant. Je rapporterai d'abord des exemples de véritables fractures et de luxations, soit antérieures, soit postérieures à la naissance. Les circonstances dans lesquelles elles ont été constatées indiqueront assez les recherches auxquelles il convient de procéder dans une enquête médico-légale, quand un fait de ce genre est soumis à l'appréciation de l'expert.

§ I. — *Luxations et fractures.* — J'ai dit plus haut que des fractures réelles, et même des luxations de différentes articulations, pouvaient survenir dans le cours de la gestation, c'est-à-dire pendant que l'enfant est encore dans le sein de sa mère. Je crois utile de présenter alors les faits de ce genre, parce qu'ils se rattachent ainsi plus particulièrement à l'histoire de l'infanticide.

A. *Luxations.* — L'existence de luxations chez le fœtus encore contenu dans la matrice est un fait qui paraît avoir été constaté dès la plus haute antiquité. Hippocrate parle, en effet, à plusieurs reprises, et spécialement dans son traité *de Articulis*, de luxations de la cuisse et du bras qui peuvent survenir à l'enfant pendant la vie intra-utérine. On aurait pu croire, à la vérité, que cette dénomination n'était pas juste et fondée, et qu'elle était la conséquence de quelque erreur anatomique, ou d'une interprétation inexacte du fait observé ; mais des exemples très-authentiques ont confirmé l'exactitude de l'observation d'Hippocrate : tels sont les faits suivants, qui sont rapportés par Chaussier (1).

Ier *fait.* — Une jeune dame d'une constitution nerveuse, délicate, et qui avait parcouru les huit premiers mois de sa grossesse sans aucun accident remarquable, ressentit au commencement du neuvième, et sans cause connue, des mouvements de son enfant si brusques et si violents qu'elle fut sur le point de perdre connaissance, et que Chaussier fut appelé aussitôt. A mon arrivée, dit-il, je trouvai la jeune dame encore agitée par l'inquiétude et la surprise de ces mouvements si extraordinaires de son enfant : rien n'avait pu lui faire une impression désagréable, ou exercer son imagination ; elle était d'ailleurs trop instruite pour adopter les préjugés vulgaires ; mais, d'après les mouvements tumultueux qu'elle avait ressentis d'une manière très-distincte à trois fois différentes dans l'intervalle de dix minutes, et qui furent suivis d'un calme parfait, elle ne doutait pas que son enfant n'eût éprouvé des convulsions violentes, ce qui l'affligeait beaucoup, et lui faisait craindre la mort de son enfant ou quelque altération particulière dans sa constitution. J'employai les moyens les plus propres à la rassurer, et ses inquiétudes furent entièrement dissipées au bout de quelques jours, lorsqu'elle eut ressenti les mouvements ordinaires de son enfant. Le reste de la grossesse se passa bien.

L'accouchement fut facile, naturel, mais l'enfant était pâle, faible, et il y avait une luxation complète de l'avant-bras gauche qui était déjeté en arrière, c'est-à-dire sur la face olécrânienne de l'humérus.

Dans ce cas, la cause n'était pas équivoque, ajoute Chaussier, et il ne doute pas que si, dans le suivant, il eût été possible de savoir d'où provenait l'enfant qui fut déposé à la Maternité, on eût vraisemblablement appris de la mère des circonstances analogues à celles qui avaient été observées sur cette jeune dame (2). Voici ce second fait.

IIe *fait.* — La multiplicité et la disposition des luxations qu'on observa sur le cadavre sont extrêmement remarquables. L'une des cuisses était luxée en dehors, ou, pour exprimer l'objet suivant ma méthode, dit Chaussier, et d'une manière plus positive, la tête du fémur était placée sur la face convexe de l'ilium ; l'autre cuisse était luxée en dedans, c'est-à-dire sur le trou sous-pubien. Les deux genoux étaient luxés en arrière, c'est-à-dire que l'extrémité du tibia se trouvait à la face poplitée du fémur. Les deux pieds étaient également luxés en arrière ; enfin, une luxation des trois derniers doigts de la main gauche se trouvait à la face sus-palmaire de la main.

Toutes ces luxations, dit Chaussier, étaient *spontanées*, c'est-à-dire qu'elles n'étaient point l'effet de quelques violences ou tractions exercées dans l'accouchement sur le corps de l'enfant ; car, outre qu'il n'y avait aux parties affectées ni gonflement ni ecchymoses, il fut bien reconnu que cet enfant s'était présenté par la tête dans une bonne position, et que l'accouchement avait été facile...Je suis donc disposé à penser, ajoute-t-il, que ces luxations sont toujours

(1) Procès-verbal de la distribution des prix aux élèves sages-femmes, 18 juin 1812, Paris, 1812, in-8.

(2) Loc. cit., note 16, p. 105.

le résultat de quelques affections ou maladies que le fœtus a éprouvées dans l'utérus (1).

Les caractères particuliers indiqués par Chaussier ne laisseront effectivement jamais d'incertitude dans l'esprit d'un expert attentif, car on voit qu'il n'existe là aucune trace d'une lésion traumatique récente. Cette particularité, ainsi que les renseignements qu'on peut recueillir sur ce qui sera survenu pendant la grossesse, achèveront de lever tous les doutes sur la cause de semblables désordres.

Certaines luxations qui dépendent aussi d'un vice de conformation, d'une défectuosité organique, ne pourront non plus être une cause de méprise, car l'altération congénitale expliquera le déplacement des os.

IIIe *fait*.— J'ai été chargé par l'Académie royale de médecine de l'examen d'un fœtus monstrueux de sept mois, chez lequel je trouvai deux luxations en haut et en dehors des deux fémurs. L'absence du sacrum chez ce fœtus, ainsi que le rapprochement et l'union des deux muscles fessiers par leur bord postérieur, avaient été suivis d'une traction progressive des deux fémurs en arrière, d'où était résulté le déboîtement des deux têtes de ces os hors des cavités cotyloïdes correspondantes, lesquelles étaient d'ailleurs régulièrement conformées. J'ai rapporté ailleurs (2), avec plus de détails, ce fait aussi rare que curieux.

La luxation congénitale des fémurs, qui résulte d'un vice de conformation des cavités cotyloïdes, est une lésion aujourd'hui trop connue pour qu'il soit nécessaire que je fasse autre chose ici que la mentionner. L'ignorance la plus complète pourrait seule la rendre l'objet d'une méprise dans une enquête judiciaire.

D'après les exemples que je viens de rapporter, on voit que les circonstances dans lesquelles des luxations se sont effectuées chez le fœtus sont telles, qu'on pourra toujours distinguer ces lésions intra-utérines, de celles qui résulteraient de violences extérieures. En effet, les contractions convulsives qui les produisent n'influent aucunement sur l'état de gestation de la mère, l'accouchement ne survient qu'après un terme assez long pour modifier les caractères de la lésion locale; de telle sorte qu'ils ne peuvent être confondus avec ceux que présente une lésion de ce genre, récente et effectuée immédiatement après la naissance. A la vérité, il ne serait pas impossible que ces convulsions du fœtus ne fussent survenues que peu avant, et même pendant le travail d'un accouchement qui se terminerait par l'expulsion d'un enfant mort-né. Mais jusqu'à présent aucun fait, que je sache, n'a converti en certitude la possibilité que je signale : je suis donc autorisé à ne raisonner que d'après ce qui a été observé.

B. *Fractures*. — Si les luxations des os du fœtus peuvent avoir lieu ainsi sans l'intervention d'une cause extérieure, il n'en est pas de même pour les fractures de ces mêmes os. C'est du moins ce que prouve la majorité des exemples recueillis jusqu'ici, ainsi qu'on va le voir.

IVe *fait*. — Une femme, qui était grosse de six mois, se heurta violemment le ventre contre l'angle d'une table en tombant d'une chaise élevée; la douleur fut excessivement aiguë, et persista pendant quelque temps sans qu'on fît rien pour la calmer; insensiblement elle se dissipa, et, au terme ordinaire de la grossesse, cette femme accoucha d'un enfant assez fort, et qui présentait une tumeur volumineuse dans la région de la clavicule gauche. Il mourut le huitième jour, et à l'examen du cadavre, on trouva une fracture de la clavicule, dont les fragments, qui avaient un peu chevauché l'un sur l'autre, étaient réunis par un cal solide et volumineux qui formait la tumeur qu'on avait remarquée au moment de la naissance.

La pièce, déposée dans le musée anatomique de l'hôpital du Val-de-Grâce, a été présentée à l'appui de cette observation par Devergie aîné, qui communiqua ce fait à l'Académie royale de médecine (section de chirurgie), dans la séance du 24 février 1825. Je le rapportai dans le compte rendu que je rédigeais alors (1), en ajoutant, ainsi que l'auteur l'avait fait remarquer avec juste raison, que les circonstances de cette observation portaient à admettre un rapport probable entre le coup violent que la mère avait reçu sur l'abdomen, deux ou trois mois avant l'accouchement, et la fracture consolidée de la clavicule du fœtus. Aujourd'hui, l'exactitude de cette explication ne peut être mise en doute d'après les faits suivants. Celui qu'on va lire a été observé par le docteur Carus.

Ve *fait*. — Une jeune fille, âgée de vingt-cinq ans, fortement constituée, et enceinte de six mois, fit une chute sur le bas-ventre : aussitôt elle sentit l'enfant se remuer avec beaucoup de force; mais ces mouvements ne tardèrent pas à cesser. Le terme de la grossesse arrivé, elle accoucha sans accident d'un enfant maigre, très-faible, donnant peu de signes de vie, et offrant à la jambe droite une plaie transversale de 9 lignes de longueur. Cette plaie, dont les lèvres étaient pâles et flasques, s'étendait d'une malléole à l'autre, intéressait la peau et les muscles sous-jacents, et était accompagnée d'une fracture du tibia. Le corps de cet os était tout à fait séparé de son épiphyse inférieure; il sortait par la plaie en se dirigeant en dehors, il avait perdu son périoste, et offrait un mauvais aspect. On tenta, mais vainement, d'en faire la réduction : on fut obligé d'y renoncer, parce que les bords de la plaie furent frappés de gangrène, et que la nécrose fit des progrès; le mal s'étendit alors rapidement, et l'enfant mourut au treizième jour (2).

Soit que l'on considère ce fait, avec M. Carus, comme une fracture du tibia, soit qu'on l'envisage, d'après les détails que l'auteur rapporte, comme un exemple de décollement de l'épiphyse inférieure de cet os, toujours est-il que la lésion observée sur l'enfant au moment de la naissance était évidemment la conséquence d'une blessure identique à celle

(1) Loc. cit., même note, p. 105 et 106.

(2) Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle, par Billard; 3e édition, avec une notice sur l'auteur et des notes par le docteur Ollivier (d'Angers). Paris, 1837, in-8, p. 701.

(1) Archives générales de médecine, t. VII, année 1825, p. 467.

(2) Archives générales de médecine, t. XVI, p. 444, 1828.

qu'une violence extérieure peut produire sur les membres d'un enfant nouveau-né : il n'existait d'autres différences dans ses caractères et son aspect que celles qui résultaient nécessairement de l'époque déjà ancienne (trois mois) à laquelle elle avait eu lieu, quand la mère de l'enfant tomba sur le ventre. Mais cet aspect des bords de la plaie, ainsi que l'état de l'os au moment même de l'accouchement, eussent suffi, dans tous les cas, pour qu'on ne pût considérer une blessure semblable comme ayant été faite depuis la naissance de l'enfant. Le fait qui suit vient confirmer toutes ces remarques.

VIe *fait.* — Une dame, âgée de trente-deux ans, d'une constitution robuste, avait atteint la trente-sixième semaine de sa troisième grossesse, laquelle paraissait devoir se terminer heureusement comme les précédentes, lorsqu'elle tomba en arrière du haut du second échelon d'une échelle sur laquelle elle était montée. Des douleurs lombaires et abdominales furent la conséquence immédiate de cette chute violente, douleurs que le moindre mouvement exaspérait, et qui persistèrent jusqu'à l'accouchement, qui eut lieu le quinzième jour après l'accident, et quatorze jours avant le terme naturel de la grossesse, suivant la malade.

Le docteur Diéterich, qui rapporte ce fait, appelé près de la malade, trouva celle-ci en proie à des douleurs utérines et hypogastriques excessivement aiguës, le travail durait depuis trente-six heures, et les eaux étaient écoulées depuis vingt-quatre heures. L'état de cette dame ne permettait pas qu'on tentât de hâter artificiellement l'accouchement : sous l'influence d'une saignée, de topiques émollients et de l'usage intérieur de narcotiques, les souffrances se calmèrent, et le lendemain matin, vers sept heures, l'accouchement se termina naturellement.

L'enfant, du sexe féminin, était maigre et chétif, et présentait à la tête trois plaies, chacune de la grandeur d'une pièce de deux sous, dont le fond était rempli de *bourgeons charnus* recouverts de pus : leurs bords offraient déjà *un commencement de cicatrisation.* Deux d'entre elles correspondaient chacune à une des bosses frontales; l'autre s'étendait obliquement de haut en bas, et de droite à gauche, au niveau de la protubérance occipitale. On ne remarquait aucun signe de fracture des os du crâne ; mais il existait une fracture complète de l'avant-bras droit à peu de distance de l'articulation radio-carpienne : les fragments osseux chevauchaient les uns sur les autres; toutefois on en obtenait facilement la réduction et la coaptation : il n'y avait aucune lésion appréciable des parties molles environnantes. Un pansement et un appareil très-simple suffirent pour obtenir une guérison complète et rapide (1).

Je ne chercherai point à expliquer ici dans quelle position le fœtus a pu se trouver pour que la chute de la mère ait déterminé les blessures diverses et la fracture observées sur l'enfant au moment de la naissance ; il me suffira de dire ici que les accidents éprouvés par cette dame immédiatement après sa chute, et qui ont persisté jusqu'à l'accouchement, ne peuvent laisser de doute sur leur cause : évidemment c'est à la chute violente du corps en arrière que ces blessures étaient dues.

(1) Archives générales de médecine, t. IV, p. 106, troisième et nouvelle série, année 1839.

A côté de ces exemples, je rapporterai celui qui a été observé par le docteur Schubert, et qui établirait qu'une fracture de l'un des os des membres du fœtus peut avoir lieu *spontanément*, sans *aucune influence extérieure*, pendant que l'enfant est encore contenu dans l'utérus.

VIIe *fait.* — Une femme enceinte entendit, dans un des mouvements de l'enfant, un bruit semblable à celui qui est produit par la rupture d'un bâton, et depuis lors elle éprouva dans le ventre des douleurs pareilles à celles que pouvait occasionner la piqûre d'un instrument aigu. Six semaines après, elle accoucha prématurément de deux jumeaux mâles, et chez l'un d'eux le fémur gauche était fracturé ; l'un des fragments de l'os avait traversé les chairs, au-delà desquelles il formait une saillie de plus d'un pouce, et était carié (1).

S'il était démontré par une observation suffisamment répétée qu'un pareil accident ne peut arriver que dans les cas de grossesse double, ainsi que le pense le docteur Oswald, cette circonstance particulière pourrait empêcher qu'une lésion semblable, constatée chez un enfant jumeau, puisse donner lieu à une inculpation criminelle; mais cette opinion ne doit être considérée que comme une présomption, car elle n'est appuyée sur aucune preuve directe. Toutefois, d'après cet exemple, on peut penser qu'il n'est pas impossible qu'une fracture de l'un des os des membres soit produite dans le sein de la mère par le seul effet de certains mouvements de l'enfant.

Mais dans ce cas-là même, ainsi que dans ceux où la fracture a été la conséquence de quelque violence dont la mère a été atteinte, comme ce genre de lésion n'a pas pour effet d'entraîner immédiatement l'accouchement, que celui-ci s'effectue toujours plus ou moins longtemps après, comme on l'a déjà vu pour les luxations, les caractères particuliers que présente alors l'os fracturé empêcheront toujours un expert, tant soit peu attentif, d'attribuer ces fractures à des violences exercées sur l'enfant immédiatement après la naissance; il n'y aura surtout aucune équivoque possible quand il existera avec la fracture une plaie ou déchirure des téguments.

Mais il est une circonstance sur laquelle je crois devoir appeler toute l'attention de l'expert. Comme les faits qui précèdent démontrent qu'une violence extérieure peut produire la fracture d'un des membres de l'enfant encore contenu dans le sein de sa mère, il peut donc arriver qu'une lésion semblable soit due à des coups portés à celle-ci pendant sa grossesse. Si ce cas se présentait, l'expert devra alors s'enquérir avec le plus grand soin de tout ce que la mère aura éprouvé depuis l'époque où elle aura été l'objet de sévices, afin de pouvoir apprécier si ces violences sont, ou non, étrangères à la fracture que l'on observerait sur l'enfant.

En effet, si une femme accouchait d'un enfant dont un des membres serait ainsi fracturé, et qu'elle

(1) Archives générales de médecine, t. XVI, p. 288, année 1828.

déclarât alors qu'elle avait été antérieurement l'objet de violences sur lesquelles elle avait cru devoir garder le silence, la présence d'une fracture de ce genre ne servirait-elle pas à prouver la réalité des sévices déclarés tardivement par la mère ? Dans tous les cas, la culpabilité du prévenu se trouvera nécessairement aggravée par les conséquences d'une pareille blessure de l'enfant, laquelle peut, ou entraîner une difformité et une infirmité durables, ou, comme on l'a vu, causer la mort de l'enfant à une époque plus ou moins rapprochée de sa naissance.

§ III.—*Pseudo-fractures, ou solutions de continuité des os du fœtus, résultant d'une anomalie dans l'ossification.* — Les os du fœtus et de l'enfant nouveau-né peuvent offrir encore d'autres solutions de continuité sur la nature desquelles il importe qu'un expert ne se méprenne pas. La science possède, en effet, un certain nombre d'exemples très-authentiques qui prouvent que des enfants peuvent naître avec des solutions multipliées dans la continuité des différents os du squelette. Le premier cas qui ait été rapporté d'une manière bien circonstanciée, est consigné dans le Recueil d'observations sur les accouchements de P. Amand (1). La mère était enceinte de quatre à cinq mois quand elle fit une fausse-couche : le fœtus présentait à la partie moyenne des avant-bras, des cuisses et des jambes, une dépression de cette partie des membres, avec solution dans la continuité des os sous-jacents.

Chaussier a rappelé ce fait en rapportant succinctement (2) celui qu'il avait observé en 1805 : dans ce dernier cas, l'enfant qu'on avait déposé à la Maison d'allaitement était né vivant, et paraissait à terme. On sut que l'accouchement avait été prompt, facile, qu'aucune violence n'avait été exercée sur le fœtus, et qu'il était né dans l'état où il avait été apporté. Il succomba quelques jours après sa naissance, et l'on constata que « tous les grands os des « membres étaient fracturés, les uns dans le milieu, « les autres en deux endroits différents ; le plus « grand nombre des côtes, et *même quelques-uns* « *des os du crâne*, étaient aussi fracturés ; enfin, on « compta *quarante-trois* fractures différentes : « quelques-unes présentaient un commencement « de cal ou de réunion ; d'autres étaient presque « entièrement consolidées. »

Bien que Chaussier dise d'abord que ces solutions de continuité « dépendent d'une disposition intérieure, d'une altération particulière dans le mode « de nutrition » (*loc. cit.*, pag. 61), je ne comprends pas comment lui, qui a tant contribué à porter de la précision dans le langage médical, ait désigné sous les noms de *fractures*, de *ruptures*, cet état particulier des os. Cette dénomination a été depuis adoptée, malgré l'erreur qu'elle consacre, erreur qui peut conduire un expert peu attentif à mal apprécier la nature de ces solutions de continuité, et à en donner une explication contraire à la vérité. Qui ne voit de suite quelles conséquences graves pourraient résulter de l'interprétation fausse d'un fait de ce genre dans un cas de suspicion d'infanticide ? Je reviendrai plus loin sur l'examen et l'appréciation de cet état anormal des os chez le fœtus et l'enfant nouveau-né.

En 1813, Chaussier lut à la Société de la Faculté de médecine (séance du 4 mars) un mémoire sur ces solutions de continuité, en leur conservant toujours la même dénomination (1), et il en rapporta un nouvel exemple : l'enfant vécut vingt-quatre heures, et les solutions de continuité des différents os du squelette étaient, en totalité, au nombre de *cent treize*. La mère avait toujours été bien portante, et avait eu déjà quatre accouchements très-heureux : ce cinquième s'était terminé comme les précédents (2).

Billard a observé un exemple de ce genre de solution de continuité des os, dont il a donné la description dans son *Traité des maladies des enfants nouveau-nés*, etc. (3), et ce fait lui a fourni l'occasion de constater qu'il n'y a point alors de fracture à proprement parler, mais bien une interruption dans la continuité des fibres osseuses, et qu'il attribue à un arrêt de développement. Chez cet enfant, la solution de continuité était unique ; elle occupait la partie moyenne de l'humérus : l'enfant avait vécu deux mois. Le tissu osseux était interrompu par un espace de 4 lignes, rempli de tissu cartilagineux ; les extrémités osseuses étaient chagrinées comme le sont les surfaces contiguës des épiphyses avec les os auxquels elles appartiennent.

Dans ce cas, la mobilité de l'humérus, à sa partie moyenne, éveilla seule l'attention de Billard sur cette particularité intéressante. Mais quand ces

(1) Nouvelles observations sur la pratique des accouchements, etc., Paris, 1716, in-8; ibid., 1715, in-8, obs. VIII.

(2) Procès-verbal de la distribution des prix aux élèves sages-femmes (juin 1810.—Brochure in-8, p. 62).

(1) Mémoire sur les fractures et les luxations survenues à des fœtus encore contenus dans la matrice (Bulletin de la Faculté et de la Société de médecine de Paris, t. III, p. 302 et suiv.

(2) Bien qu'il ne fût pas douteux, pour moi, que ce fait était, de même que les autres, un exemple, non de fractures multiples, mais d'un développement des os du fœtus par des points d'ossifications multiples et anormaux, et quoique plusieurs des os larges, chez cet enfant, présentassent la même disposition, je voulus savoir si les os du crâne, dont Chaussier fait à peine mention dans sa description, n'offraient pas aussi le même mode d'ossification. Je demandai des renseignements sur ce sujet à madame Boivin, ancienne maîtresse sage-femme de la Maternité à cette époque, et voici la réponse qu'elle m'adressa de Versailles, où elle habitait, le 19 octobre 1839, époque à laquelle j'avais déjà en vue de traiter ce sujet dont je n'avais pas eu le loisir de m'occuper depuis :

« Le crâne de ce fœtus présentait aussi plusieurs points, « ou plutôt un grand nombre de points anormaux d'ossifi- « cation. Les pièces osseuses du crâne présentaient une « surface irrégulière dans leur forme et dans leur épais- « seur, les sutures et les fontanelles étaient largement es- « pacées, et il n'y avait d'osseux que quelques points. « Partout on ne rencontrait que deux membranes super- « posées, le péricrâne et la dure-mère à l'intérieur. »

Ces détails très-précis n'achèveraient-ils pas de démontrer, s'il en était besoin, que les prétendues fractures des os de ce fœtus n'étaient que la conséquence d'une ossification anormale, qui avait procédé dans son développement par des points multiples et isolés, pour tous les os ?

(3) Troisième édition, année 1837, in-8, p. 700, (obs. LXXXIV).

solutions de continuité sont multiples, les membres de l'enfant nouveau-né ont un aspect tout spécial, et qu'il suffit d'avoir observé une fois pour qu'il ne puisse être l'objet d'une méprise de la part d'un expert.

J'ai pu examiner deux enfants à terme, et mort-nés, qui offraient l'un et l'autre cet état anormal des os des membres, et je constatai, ainsi que Chaussier l'avait déjà signalé, que les membres sont alors courts, gros, ramassés, que leur surface est comme bosselée, séparée par des sillons profonds qui circonscrivent plus ou moins complétement la totalité du membre, sillons qui rappellent assez ceux qu'on remarque sur les membres affectés d'éléphantiasis (1).

Quand on prend successivement, et à deux mains, chacun des membres qui offre ainsi une scissure plus ou moins profonde, on reconnaît très-manifestement au-dessous de cette scissure que les os sont flexibles, que les parties qui les constituent sont mobiles les unes sur les autres à un degré très-prononcé. Chaussier y a même distingué une crépitation notable.

Relativement aux caractères de ces solutions de continuité, voici ce qu'on observe : elles sont transversales, occupant généralement la partie moyenne des os ; les surfaces osseuses, en contact avec un tissu cartilagineux intermédiaire, sont tantôt rugueuses, chagrinées comme celles des épiphyses ; tantôt il s'en détache des filets osseux qui pénètrent le cartilage interposé, et ce sont très-vraisemblablement ces filaments osseux qui donnent pour quelques solutions de continuité une sensation de crépitation. Enfin, la réunion des fractions osseuses est plus ou moins avancée au moment de la naissance, sur le même enfant ; de là des différences dans le degré de flexibilité et de mouvement qu'on peut imprimer à la partie du membre qui correspond à chaque scissure, ou sillon plus ou moins circulaire, qu'on y observe.

Maintenant, si l'on considère l'aspect particulier que présentent extérieurement les membres de l'enfant, la régularité de ces solutions de continuité, leur siége à la partie moyenne des os et leur multiplicité, dans la plupart des cas, le degré plus ou moins avancé d'ossification à la jonction des parties osseuses chez le même sujet, l'absence de toute trace de violences anciennes ou récentes au voisinage de chaque interruption des fibres osseuses, il sera impossible de confondre ces solutions de continuité avec de *véritables fractures*, c'est-à-dire avec les *ruptures* des os produites par des manœuvres coupables ; tandis que tout démontre que cet état particulier des os est la conséquence d'une anomalie dans l'ossification, du développement des os du fœtus par plusieurs points d'ossification isolés, au lieu d'un seul, comme on l'observe toujours dans l'état normal.

(1) J'ajouterai, pour en donner une idée plus générale et plus exacte, que ces enfants offrent alors dans leur ensemble l'aspect de ceux qu'on voit représentés dans les tableaux de Boucher et des peintres de son temps et de son école. Ma comparaison ne serait d'ailleurs qu'une preuve de plus, s'il en était besoin, de l'exagération et du mauvais goût qui distinguent toutes les œuvres de cet artiste.

Ces remarques suffisent, je crois, pour prouver qu'il n'existe point, à proprement parler, de *fracture* dans ces différents cas, et pour qu'un expert ne puisse attribuer à des violences exercées sur l'enfant des solutions de continuité qui résultent uniquement d'une anomalie dans la marche habituelle et normale de l'ossification des différents os.

§ III. — *Fractures qu'on observe plus spécialement chez les enfants à la mamelle.* — J'ai dit, au commencement de cet article, qu'il y avait des conditions d'organisation qui rendaient les fractures des os généralement plus faciles chez l'enfant nouveau-né, et chez les enfants à la mamelle, conditions dont il est nécessaire qu'un expert sache tenir compte quand il est appelé à apprécier jusqu'à quel point certaines lésions de ce genre peuvent être attribuées à des violences criminelles. Quelle que soit l'explication qu'on donne de cette plus grande fragilité des os dans cette première période de la vie, toujours est-il qu'elle ne peut être mise en doute, car la pratique des accouchements en fournit très-souvent la preuve : en effet, n'est-il pas d'observation vulgaire qu'un membre se rompt souvent sous l'influence de manœuvres opérées avec autant de ménagements que possible ?

Un autre fait, important par ses applications à la médecine légale, a été l'objet de recherches et d'expériences de la part de M. Thore (1), desquelles il résulte : qu'à partir du premier mois de la vie les os présentent une notable facilité à se courber et à se rompre d'une manière plus ou moins complète, qui devient plus prononcée vers la fin de la première année, et qui atteint son *maximum* à la seconde. A partir de cet âge, les résultats sont moins constants, quoiqu'on puisse encore facilement produire la lésion qui nous occupe ; cependant il arrive souvent d'obtenir une fracture assez nette.

Dupuytren avait déjà constaté des résultats analogues dans un mémoire qu'il lut à la Société de la Faculté de médecine, et où il a consigné plusieurs observations intéressantes sur ce sujet (2). Dans quelques-uns de ces cas, le volume et la déformation des os fracturés peuvent autoriser à penser que ces solutions de continuité ont été favorisées par la constitution rachitique de l'enfant ; mais il est constant que chez la plupart des sujets sur lesquels on observe ce genre de lésions, il n'existe aucun signe appréciable qui puisse faire supposer que le rachitisme a été la cause prédisposante de ces fractures. Il est incontestable que l'état général de leur santé est plus propre à éloigner qu'à justifier une semblable opinion. C'est ce que j'ai pu vérifier à trois reprises dans autant d'enquêtes médico-légales dont je fus chargé.

VIIIe et IXe *faits.* — Je réunis ici dans la même narration les deux premiers exemples, car ils étaient remarquables, ainsi qu'on va en juger, par leur complète analogie. Dans ces deux cas, qui se pré-

(1) Mémoire sur la courbure accidentelle et la fracture incomplète des os longs chez les enfants. (Archives générales de médecine, t. IV, 4e série, nos de janvier et février 1844.)

(2) Extrait d'un mémoire sur quelques cas particuliers de fractures ou de courbures des os survenues à des enfants (Séance du 1er août 1811). Bull. de l'Ecole de méd. de Paris, etc., t. II, p. 156; ann. 1812, in-8o.

sentèrent à mon observation à cinq mois d'intervalle environ, une plainte fut portée contre la nourrice de l'enfant à l'occasion d'une fracture complète de la cuisse *gauche* vers sa partie moyenne. Dans les deux cas, c'était vers la fin de la première année de l'allaitement que chaque enfant avait été ramené à ses parents, et que la fracture, dont la nourrice n'avait aucunement parlé, avait été reconnue par les parents. Chez l'un et l'autre, le sevrage datait seulement de quelques semaines quand ils avaient été rendus par la nourrice, et tous les deux ayant succombé à une entéro-colite peu de temps après qu'on les eut rendus aux parents, ainsi qu'on le voit si souvent à la suite d'un sevrage mal dirigé, la mort des deux enfants avait été attribuée au défaut de soins et à des violences dont on accusait la nourrice.

L'ouverture du cadavre, dans ces deux cas, me fit constater qu'il n'existait chez ces enfants aucun des signes qui caractérisent le rachitis. Le squelette était très-régulièrement conformé, les os du tronc et des membres avaient le volume, les dimensions et le degré de solidité de l'état normal : les deux fémurs seuls étaient courbés en avant, à leur partie moyenne, et le fémur *gauche* présentait, en outre, une fracture assez nette, presque transversale, entourée d'une infiltration peu considérable de sang noir dans les muscles correspondants.

Je trouvai chez les deux enfants les traces de l'entéro-colite à laquelle ils avaient succombé. Tous les autres organes étaient dans l'état sain.

La courbure en avant des deux fémurs seulement, la fracture du fémur *gauche* avec une courbure plus prononcée de cet os que celle du fémur droit, l'absence de toute espèce de traces de violences récentes ou anciennes sur le reste du corps, chez celui de ces enfants que j'observai le premier, l'habitude que la nourrice avait été forcée de prendre depuis quelques semaines, me dit-elle, de le porter presque constamment assis sur son bras gauche pour calmer ses cris incessants, et en le soulevant à chaque instant avec le bras gauche, pendant qu'elle maintenait de la main droite l'extrémité du maillot ou les pieds de l'enfant : ces détails, dis-je, me donnèrent une explication aussi concluante que possible de la déformation des deux fémurs et de la fracture dont l'un d'eux était le siége ; double lésion qui n'était évidemment qu'une conséquence de la position dans laquelle on avait tenu l'enfant, et de la facilité plus grande à se courber, à se rompre, que présentent les os de l'enfant pendant la période de la vie qui comprend, en général, la durée de l'allaitement.

Cette opinion dicta mes conclusions dans cette affaire, dont l'instruction se termina par une ordonnance de non-lieu et par la mise en liberté de la nourrice prévenue. Quand, par une coïncidence bien remarquable, je fus appelé à observer le second cas, il devint, pour moi, la confirmation la plus péremptoire de l'exactitude des explications que j'avais données cinq mois auparavant ; car, dans ce cas aussi, la nourrice avait, comme l'autre, cherché à calmer les cris de l'enfant en le tenant presque continuellement assis sur son bras gauche, position qui augmentait, au contraire, les cris et les souffrances de l'enfant, puisque la nourrice contribuait de la sorte à augmenter de plus en plus la courbure de l'os et à produire enfin sa fracture. Dans cette circonstance, comme dans la précédente, mon rapport fit cesser immédiatement toutes les poursuites.

Mais si, dans l'état normal, il est une condition particulière des os, chez l'enfant à la mamelle, qui peut fournir ainsi une explication toute naturelle de certaines fractures qu'on pourrait attribuer à des violences coupables, il est aussi des cas dans lesquels ces fractures, bien que rendues plus faciles par cette fragilité des os, peuvent concourir à établir qu'elles résultent de sévices graves exercés depuis longtemps. Le fait suivant en offre un exemple bien remarquable.

X^e *fait.* — Le 4 décembre 1839, l'enfant R**, âgé de deux ans et cinq mois, succomba après avoir éprouvé des souffrances excessivement vives qu'on avait pu croire uniquement causées par un *porrigo* qui s'était successivement étendu de toute la surface du crâne à une grande partie de la face. Le pauvre enfant ne cessait de crier et de porter ses doigts sur les surfaces ulcérées, et d'ajouter ainsi une cuisson brûlante aux démangeaisons insupportables qu'il ressentait.

Le docteur West, alors médecin vérificateur du quartier du Luxembourg, dans lequel habitaient les époux R**, en procédant à la vérification du décès, constate l'existence d'une fracture récente du fémur droit et de nombreuses traces de violences sur le reste du corps. Il fait un rapport par suite duquel l'autopsie fut ordonnée, et je fus chargé avec lui de procéder à cette opération, qui fut faite le 9 décembre 1839.

Le corps était très-amaigri, mais parfaitement conformé ; les extrémités articulaires des os, et ces derniers, avaient leur volume normal. Indépendamment de l'altération de la peau résultant du *porrigo*, qui avait son siége à la tête et à la face, nous observâmes :

1° Plusieurs excoriations de la peau dans les points correspondant aux saillies des apophyses épineuses des vertèbres lombaires et du sacrum ;

2° Des ecchymoses récentes, variant de 1 à 4 centimètres, sur toutes les parties antérieure et externe de la jambe gauche, et sur la malléole interne, ainsi que sur la face dorsale des deux mains, sur la face externe de l'avant-bras gauche, de même que sur le bras et l'épaule gauches ;

3° Des ecchymoses de date ancienne (six ou huit jours) sur le front, et en arrière de la bosse pariétale gauche ;

4° Un épanchement très-abondant de sérosité sanguinolente au-dessous de la dure-mère, un caillot de sang noir, fibrineux, dans la scissure interlobaire, une couche speudo-membraneuse, comme glaireuse, jaunâtre, sur le lobe cérébral droit, du sang noir et concrété sous le lobe moyen et inférieur du lobe cérébral gauche, et adhérent aux parois de la fosse moyenne de la base du crâne, enfin, du sang noir et presque sec dans les deux ventricules latéraux ;

5° Un emphysème des deux poumons avec quel-

ques ecchymoses dans le tissu cellulaire sous-pleural ;

6° Fracture, dont la consolidation pouvait dater de plusieurs mois, de la clavicule gauche et du fémur droit à leur partie moyenne ; fracture transversale et récente du fémur gauche, également vers le milieu de la hauteur de l'os : du sang était, pour cette dernière, infiltré dans le tissu cellulaire et les muscles environnants.

Tous les os composant le squelette offraient, comme je l'ai déjà dit, la conformation la plus régulière : nulle part nous ne trouvâmes de ganglions tuméfiés, indurés ; à l'exception de l'état emphysémateux des poumons, tous les organes étaient un type de l'état de santé : aussi mentionnâmes-nous d'une manière spéciale dans notre rapport, à cause des fractures indiquées, que rien chez cet enfant ne pouvait faire soupçonner la moindre trace d'une constitution rachitique ou scrofuleuse.

Mais tout en tenant compte de la fragilité des os, naturellement plus grande à l'âge de cet enfant, fragilité qui devait empêcher qu'on considérât les fractures comme une preuve de l'extrême violence des sévices exercés sur lui depuis longtemps, nous n'en conclûmes pas moins, en présence des traces nombreuses de lésions traumatiques observées sur le cadavre, que la mort avait été le résultat des coups que l'enfant avait reçus, et notamment de ceux dont la tête portait extérieurement les traces, coups qui avaient déterminé un épanchement de sang à l'intérieur du crâne, épanchement à la présence duquel l'enfant dut survivre encore quelques jours, puisqu'il y avait déjà un commencement de résorption quand l'enfant succomba.

Dans ce cas intéressant sous plus d'un rapport, on voit un exemple de quelques-unes des circonstances dans lesquelles l'expert est appelé à se prononcer sur la valeur médico-légale des fractures dont je m'occupe ici. Les ecchymoses multipliées que nous avions observées sur les membres étaient, en effet, autant de traces de coups portés à l'enfant : ces coups pouvaient donc n'avoir pas été étrangers à quelques-unes des fractures signalées ; toutefois, je dus apporter, comme on l'a vu, une certaine circonspection en émettant cette dernière opinion, et ne pas être exclusivement affirmatif, parce que je n'avais pas oublié les observations importantes publiées par Dupuytren (1), lesquelles démontrent que des fractures semblables peuvent, dans quelques cas, survenir naturellement par le seul fait de mouvements exécutés par l'enfant, soit en tombant, soit même en se retournant dans son lit.

Quoi qu'il en soit, il est bien évident qu'ici il n'y avait d'appréciable dans l'organisation de l'enfant aucune condition anormale, de nature rachitique, à laquelle on pût rattacher une prédisposition aux fractures : l'âge seul avait donc rendu leur production plus facile. Dans le fait que je vais maintenant rapporter, il est incontestable, au contraire, que sans la mollesse et la flexibilité du tissu osseux, chez l'enfant, et qui dépendaient de l'état rachitique dont le squelette offrait tous les caractères, les accidents particuliers qu'éprouva l'enfant, et qui contribuèrent à hâter sa mort, ne se seraient pas manifestés.

XIe *fait*. — Les époux L.... avaient confié leur enfant, immédiatement après sa naissance, aux soins de la nommée B..., nourrice habitant la Bourgogne, à une assez grande distance de Paris. Au bout de quelques mois, cette femme remarqua que cet enfant ne tetait qu'avec peine, qu'il abandonnait à chaque instant le mamelon, et que sa respiration devenait progressivement plus gênée : cependant l'enfant se développait, mais il était de plus en plus essoufflé, surtout après qu'on avait changé ses langes et rattaché son maillot. Suivant l'habitude de toutes les nourrices, la femme B... n'en continuait pas moins d'assujettir solidement ce dernier en le serrant assez fortement autour de la poitrine de l'enfant. En outre, comme celui-ci paraissait chaque fois alors plus suffoqué, elle avait coutume de le tenir souvent debout en lui passant une main sous chaque aisselle, et de le faire alors *danser* sur ses genoux, nous dit-elle. Dans cette position, il lui arrivait le plus ordinairement, ajouta-t-elle, de rapprocher ses deux mains *pour mieux maintenir le corps de l'enfant*, et, comme on le comprend, ce mouvement ne pouvait avoir lieu qu'en comprimant latéralement la poitrine.

Vers la fin du mois de mai 1842, l'enfant L.... est pris de toux, et insensiblement la difficulté de respirer augmenta. La nourrice voyant l'état de l'enfant s'aggraver au bout de plusieurs jours, veut mettre sa responsabilité à couvert, et sans calculer les conséquences qu'un séjour de plus de vingt-quatre heures en voiture peut avoir pour son nourrisson, elle prend la diligence ; mais à son arrivée à Paris l'enfant succomba.

Ce fut dans ces circonstances que les époux L..... portèrent plainte contre la femme B....., à laquelle ils attribuaient la mort de leur enfant par suite de mauvais traitements, d'un défaut de soins et d'une alimentation insuffisante. Voici le rapport que je fis à cette occasion :

Nous soussigné, etc., en vertu de l'ordonnance ci-jointe de M. Broussais, juge d'instruction près le tribunal civil du département de la Seine, avons été commis à l'effet de procéder, en présence de M. Jenneson, commissaire de police de la ville de Paris, à l'ouverture du corps de l'enfant Elisabeth-Eugénie Millert, âgée de onze mois, et de déterminer les causes de sa mort. Voici le résumé des observations que nous avons faites en procédant à cette opération.

Le cadavre de cet enfant ne présente pas un amaigrissement très-prononcé. On n'observe à la surface du tronc et des membres aucune trace de blessures quelconques ; les os des avant-bras sont vicieusement contournés suivant leur longueur ; les os des deux bras sont également déformés ; les parois latérales de la poitrine offrent deux dépressions profondes, bornées en arrière à l'angle postérieur des côtes (leur partie postérieure formait un angle *presque droit* avec la partie moyenne de l'os), et en avant, à un centimètre environ de l'insertion de chacune d'elles à son cartilage : là, chaque côte sternale a été non pas courbée, mais fracturée, et les fragments, consolidés par un cal presque annulaire, sont déprimés de telle sorte qu'ils forment une

(1) Mémoire cité.

saillie anguleuse à l'intérieur de la poitrine; par suite de cette disposition, le sternum est repoussé en avant et proémine d'une manière particulière au-devant de la poitrine.

Les deux os des cuisses ont l'un et l'autre une courbure anguleuse vers le milieu de leur longueur.

Le volume de la tête est considérable, relativement à la longueur et aux proportions du reste du corps.

Tous les os du crâne sont excessivement vasculaires, et la transparence de leur tissu leur donne une couleur violacée. Ils ne sont le siége d'aucune fracture, d'aucune disposition anormale dans leur ossification. Le cerveau est volumineux ; les vaisseaux de ses membranes et de la substance cérébrale sont remplis d'un sang noir et liquide.

Par suite de la déformation de la poitrine, les deux poumons sont refoulés en arrière, de telle sorte que la partie antérieure de cette cavité est presque exclusivement remplie par le cœur, dont le volume est considérable; ses deux ventricules offrent une dilatation très-remarquable, avec épaississement de leurs parois : celui du côté droit est complétement rempli par un caillot de sang, dense et fibrineux. Le tissu du poumon gauche présente, dans l'épaisseur de son bord antérieur, *une véritable ecchymose*, correspondant à la saillie anguleuse des côtes à l'intérieur de la poitrine; et dans la profondeur de l'organe nous trouvons une double pneumonie lobulaire. Le poumon droit présente la même infiltration de sang (ecchymose) dans sa partie antérieure, qui est contiguë aux saillies anguleuses des côtes fracturées, et je trouve les caractères de la pneumonie au premier degré dans le tiers supérieur de l'organe.

Tous les organes de l'abdomen sont dans l'état normal, et leurs vaisseaux peu injectés de sang.

Conclusions.

1° L'enfant que nous venons d'examiner offrait dans les os du tronc et des membres ce genre de déformation qu'on observe assez communément chez les enfants qui ont une constitution rachitique;

2° Il est vraisemblable que le rétrécissement si considérable de la poitrine a été en partie produit et augmenté par la constriction habituelle du maillot;

3° La mort a été le résultat de la double pneumonie dont nous avons constaté l'existence. Il n'est pas douteux qu'une maladie semblable n'ait été aggravée par la déformation de la poitrine et la constriction que les deux poumons devaient en ressentir : elle a pu aussi être augmentée par le fait du voyage très-long à la suite duquel l'enfant a succombé;

4° S'il est démontré ultérieurement que cet enfant n'a eu depuis longtemps qu'une nourriture insuffisante, ou de mauvaise qualité, il aura été ainsi placé dans des conditions qui n'ont pu que favoriser le développement de la constitution rachitique dont il offre tous les caractères;

5° Toutefois, l'amaigrissement peu prononcé du corps, en général, n'indiquerait pas qu'il ait habituellement manqué de l'alimentation nécessaire à l'entretien de la vie.

Les détails que j'ai rapportés avant de transcrire mon rapport sont le résumé des explications que me donna la nourrice quand je la questionnai après un examen de l'état extérieur du corps de l'enfant. On voit que l'autopsie a confirmé en tous points les résultats qu'on avait pu déjà soupçonner d'après l'habitude extérieure du cadavre.

Il est évident que, dans ce cas, les fractures des côtes ont été la conséquence de la constriction de la poitrine qui avait lieu chaque fois qu'on renouvelait le maillot : que la pression répétée des deux mains n'a point dû être étrangère à la déformation observée; que ces fractures, en entraînant un aplatissement extrême de l'axe transversal de la poitrine, ont ainsi causé cette gêne dans la respiration que la nourrice avait remarquée après les premiers mois de l'allaitement; que cette déformation du thorax avait également apporté une entrave à la liberté des mouvements du cœur, et qu'il en était résulté une dilatation très-notable des cavités de cet organe, avec épaississement de leurs parois.

Sous le point de vue purement pathologique, il est impossible de trouver une explication plus complète des symptômes particuliers observés pendant la vie de l'enfant. Ce cas particulier confirme aussi l'exactitude des remarques de Cheselden, qui dit avoir observé des enfants dont les côtes étaient à demi-fracturées, et qui portaient l'empreinte des doigts de leurs nourrices, fractures qu'elles avaient ainsi produites en pressant la poitrine de ces enfants, soit pour les soutenir, soit en les emmaillottant (1).

Envisagé sous le rapport médico-légal, ce fait est un exemple des fractures multiples qu'on peut observer sur un enfant, postérieurement à sa naissance, fractures qu'une constitution rachitique rend très-faciles sous l'influence d'une cause extérieure qu'on ne peut assimiler à des violences exercées dans une intention criminelle. Il montre donc comment une condition anormale de l'organisation du tissu osseux, chez l'enfant, peut modifier les interprétations qu'un expert est appelé à donner dans certaines enquêtes judiciaires, et comment ces explications peuvent détruire des soupçons que les apparences seules autorisaient à croire fondés.

Je termine ici ce que j'avais à dire sur l'appréciation médico-légale des causes de certaines fractures des os du fœtus et de l'enfant à la mamelle. Je ne chercherai point à résumer les conséquences qui ressortent, pour la pratique de la médecine légale, des faits que j'ai rapportés et des remarques qu'ils m'ont suggérées : je crois que la narration de ces différents exemples doit suffire pour qu'on juge des principes dont un expert doit faire l'application dans des cas analogues. Parmi ces faits, il en est sans doute plus d'un qui pourra fournir des arguments pleins de force à la défense dans des cas où le crime ne paraîtra pourtant pas douteux. Mais, ainsi que je l'ai dit déjà dans une autre partie de ce mémoire, la science, comme la justice qui réclame son concours, ne recherche qu'une chose, la vérité; elle doit donc dire tout ce qu'elle sait, sans plus se préoccuper des intérêts de l'accusation que de ceux de la défense.

(1) Chaussier, loc. cit., p. 68.

B. CLINIQUE DES HOPITAUX, DES MATERNITÉS ET DES MAISONS D'ALIÉNÉS.

20. *Leçons sur les maladies non vénériennes des organes génitaux de la femme. — Cancer de la vulve et du vagin. — Fistules vulvaires et vaginales ; de leur traitement.* — Hôpital de Lourcine. — M. Huguier.

(Suite : voir Encycl., mai 1844, t. 141, p. 113.)

(Gazette des Hôpitaux, nos 86 et 92.)

Dans un des articles antérieurs que nous avons publiés, d'après les leçons professées à l'hôpital de Lourcine par M. Huguier, sur les affections des organes génitaux de la femme, des considérations pratiques ont été longuement exposées sur le cancer de la vulve et du vagin. L'observation suivante, dont le sujet a été présenté par le professeur à ses auditeurs, nous a paru assez curieuse pour être rapportée avec détail, ainsi que l'autopsie, dans laquelle on trouvera un exemple remarquable des désordres que peut amener dans l'appareil génital de la femme cette affection redoutable, contre laquelle malheureusement la thérapeutique ne possède que des ressources si faibles, et pour la guérison de laquelle l'art est le plus souvent impuissant.

— Au numéro 22 de la salle Saint-Bruno, a été couchée la nommée Catherine Elisa Thouret, cuisinière, âgée de trente-huit ans, entrée le 12 janvier.

D'une constitution faible et détériorée, d'un tempérament lymphatique, cette femme jouissait habituellement d'une assez bonne santé. Il y a dix mois, elle s'aperçut, à la suite de vives douleurs dans la région de l'anus, de la sortie d'hémorrhoïdes volumineuses, qui ont été traitées par plusieurs cautérisations successives. A la suite de cette opération, d'après l'avis du médecin, elle partit pour son pays, où elle resta six mois. Au bout de ce temps, elle ne présentait plus, à l'extérieur de l'anus, aucune trace de l'affection hémorrhoïdale, mais elle continuait à ressentir dans la région de l'anus, et assez profondément, des douleurs très-vives et lancinantes. A son retour de son pays, les douleurs étaient aussi vives qu'auparavant et n'avaient subi aucune amélioration.

Trois jours après son arrivée à Paris, de petites tumeurs se montrèrent sur les grandes lèvres, et dans l'espace de deux ou trois jours prirent un développement considérable, tant en étendue qu'en volume ; le vagin et l'anus devinrent le siége de douleurs encore plus violentes, conservant toujours leur caractère d'élancements. La malade se plaignait de ressentir dans ces parties une chaleur brûlante : la muqueuse du vagin et de l'anus commença en même temps à se tuméfier.

Le 24 janvier, la maladie marche avec une grande rapidité. Fièvre continuelle ; peau chaude, sèche, brûlante. Diarrhée abondante ; tuméfaction et teinte livide de la muqueuse vaginale. Les grandes et les petites lèvres continuent à se couvrir de petites tumeurs dures, du volume d'une noisette, irrégulières, bosselées, sans grand changement de couleur à la peau. Ces tumeurs et toutes les parties génitales sont le siége de douleurs lancinantes très-vives, profondes.

Dans le courant du mois de février, quelques-unes des tumeurs indiquées s'ulcèrent ; l'ulcération fait en peu de jours de grands progrès et envahit bientôt la membrane muqueuse du vagin et de l'anus.

Vers le commencement du mois de mars, une vaste ulcération a détruit la cloison recto-vaginale. Les grandes lèvres sont en grande partie détruites par l'ulcération. Un pus sanieux, d'une fétidité repoussante, s'écoule par ces parties. Le toucher fait reconnaître l'existence d'un vaste abcès qui remplace les cavités normales du vagin et du rectum.

Nous n'entrerons pas dans de plus longs détails sur les lésions que présentait cette malade, leur description devant s'en trouver très au long dans l'autopsie cadavérique. Nous devons dire seulement qu'à partir de ce moment, la peau de la malade prend une teinte jaune-paille caractéristique. Amaigrissement et affaiblissement graduels de la malade, qui, le 17 avril, succombe dans le marasme le plus complet.

Autopsie cadavérique 50 heures après la mort.

L'appareil nerveux encéphalique, ainsi que ses enveloppes, sont parfaitement sains et normaux. Les poumons ne présentent aucune adhérence avec le feuillet costal de la plèvre ; les sections que l'on pratique dans leur tissu laissent voir et constater quelques granulations crétacées, solides, résistant au scalpel, sans vestiges de tubercules. Le cœur un peu maigre, d'un volume normal, ne présente rien de particulier à considérer.

Abdomen. — Le foie est parsemé d'une dixaine de noyaux gros comme des noix, formés par de la matière encéphaloïde. Quelques-uns de ces noyaux sont ramollis au contact, et présentent même un commencement de fonte purulente. La rate et les reins sont dans l'état normal. Le tube digestif, examiné avec soin dans toute sa longueur, n'offre rien de notable. La muqueuse qui le tapisse est saine, un peu pâle.

Les téguments qui recouvrent les organes génitaux et les parties environnantes, ceux de la partie interne et supérieure des cuisses, présentent une innombrable quantité de tubercules, les uns blancs, les autres d'une teinte rougeâtre, plus ou moins saillants, au-dessus du niveau de la peau. Les tissus sous-jacents sont parfaitement sains. Les nymphes sont entièrement détruites ; les grandes lèvres ont été de même tellement altérées dans leur étendue, qu'il n'en reste plus guère qu'un tiers.

Tout le vagin, le périnée, et le tiers inférieur du rectum sont détruits, et la réunion de leurs cavités forme un vaste cloaque sans aucune trace de séparation. La portion inférieure de l'intestin rectum

adhère à l'aide de tissu fibrineux au sacrum, au niveau de l'articulation de cet os avec le coccyx. Quant aux tissus propres de l'intestin, à moins d'un centimètre au-dessus de la portion détruite, ils paraissent n'avoir subi aucune altération organique. Le bout inférieur se termine brusquement par un anneau circulaire qui a tout au plus un centimètre et demi de diamètre.

La cloison recto-vaginale, y compris la paroi postérieure du vagin, se trouve détruite jusqu'à la hauteur d'un centimètre au-dessous de la lèvre postérieure de l'utérus, qui a été elle-même le siége d'une destruction morbide presque complète.

La paroi antérieure du vagin est saine jusqu'à l'extrémité vésicale dé l'urètre, point vers lequel cesse l'ulcération cancéreuse. Les ganglions lymphatiques du côté droit et du côté gauche sont le siége d'une tuméfaction et d'une dégénérescence cancéreuse, et forment des grosseurs du volume environ et de la forme de marrons; elles sont peu bosselées, inégales. Cet engorgement carcinomateux des ganglions lymphatiques se continue le long des canaux cruraux jusqu'à la bifurcation de l'aorte. L'utérus et les ovaires sont parfaitement sains. Les veines crurales sont remplies de substance grise, rougeâtre, ramollie en certains points, blanchâtres en d'autres points, ressemblant beaucoup à la matière fibrineuse du sang concrété. On sent cette matière se prolonger dans les veines crurales dans l'étendue d'un pied et demi environ, et de sept à huit pouces environ dans les saphènes.

— Plusieurs circonstances se réunissent pour rendre extrêmement intéressante l'histoire de la maladie que nous venons de raconter en détail : la rapidité de la marche de l'affection survenue sans cause occasionnelle ou prédisposante connue, l'étendue considérable des tissus qu'elle a envahis, les désordres qu'elle a amenés dans la disposition des parties, et la formation d'un cloaque que nous avons décrit, remplaçant les différentes cavités séparées que forment dans l'état normal les appareils de la génération et de la défécation. Enfin, ce fait mérite d'autant plus d'attention, que si les cas de cancer de la vulve et du vagin ne sont pas d'une excessive rareté, l'histoire de la maladie en elle-même et considérée en général n'existe pas dans la science et est encore à faire. On en trouve bien dans les auteurs quelques éléments dans les divers articles consacrés aux tumeurs, indurations, dégénérescences des parties génitales de la femme, mais la pathologie de cette affection n'existe nulle part complète. C'est à peine si Boyer en dit quelques mots, et les autres auteurs n'en font pas même mention. Bayle, auquel on doit l'excellent article *Cancer*, du grand Dictionnaire des sciences médicales, ne parle pas du cancer de la vulve, et consacre à peine quelques lignes au cancer du vagin; et encore ce qu'il en dit ne peut-il s'appliquer qu'à cette forme secondaire qui n'est qu'une propagation du canal de l'utérus.

Cette variété de cancer secondaire du vagin, succédant à une affection cancéreuse primitive de la vessie, de l'urètre, est la plus fréquente; et cette circonstance explique peut-être jusqu'à un certain point comment il se fait que les auteurs aient confondu dans leurs descriptions celle du cancer de l'utérus et celle du cancer du vagin et de la vulve. Nonobstant ce silence presque général à l'endroit de l'affection dont nous parlons, il n'est point inutile, il est nécessaire de rassembler le plus grand nombre de faits possible, afin de pouvoir fournir des éléments à l'aide desquels on puisse constituer la science.

Dans le cours clinique qu'il fait depuis deux ans d'une manière si intéressante à l'hôpital de Lourcine, M. Huguier a cherché par sa propre expérience à suppléer à cette pénurie de description et de traitement, et il a consacré une séance à entretenir ses auditeurs des résultats auxquels l'ont conduit les faits qu'il a été à même de recueillir, et les observations qu'il a faites à ce sujet. Nous avons déjà donné une analyse rapide de cette leçon. Nous nous contenterons ici de rappeler en peu de mots, en les comparant aux détails du fait actuel, les principaux points sur lesquels a cru devoir insister M. Huguier.

Dans le fait précédent, le cancer s'est développé d'emblée, sans cause occasionnelle ou prédisposante sensiblement appréciable. Bien que d'un tempérament lymphatique, la femme Thouret n'offrait point d'apparence d'une diathèse cancéreuse préexistante à l'apparition des premiers symptômes. On ne saurait donc voir dans ce fait un exemple de cancer secondaire, résultat de la propagation à la vulve et au vagin d'un cancer du col de l'utérus. Il a au contraire débuté, comme on le voit quelquefois, par la peau des parties génitales externes et dans l'épaisseur des grandes lèvres.

La marche de l'affection a suivi la direction la plus ordinaire en pareil cas, c'est-à-dire que le cancer s'est propagé de l'extérieur à l'intérieur, des parties superficielles aux parties profondes. Il a détruit peu à peu la cloison recto-vaginale, et cette destruction a donné lieu à la formation du cloaque dont nous avons donné la description. Il a revêtu la forme squirrheuse, incontestablement et constamment plus fréquente, dit M. Huguier, que la forme encéphaloïde. Mais nous devons faire remarquer que l'affection ne s'est point propagée au canal de l'urètre, ainsi qu'il arrive souvent; cas dans lequel la présence des ulcérations cancéreuses détermine le plus ordinairement l'incontinence d'urine. Une circonstance sur laquelle nous devons appeler l'attention, c'est l'état du col de l'utérus dont la lèvre postérieure a été complétement détruite; ici, l'affection cancéreuse utérine, au lieu d'être le point de départ de la dégénérescence cancéreuse vulvaire et vaginale, n'en a été au contraire que la conséquence.

La peau de la vulve et de la partie supérieure des cuisses était couverte de tubercules cancéreux qui en occupaient toute l'épaisseur. Les tumeurs occupaient également les ganglions lymphatiques des aines, et tout le système lymphatique avoisinant, jusqu'à la hauteur de la bifurcation de l'aorte et la naissance des artères iliaques primitives.

Pour le traitement, il a été presque nul. L'affection a marché avec une telle rapidité, qu'il a été impossible de mettre en usage aucune des médications que l'on conseille pour s'opposer à l'extension du cancer. Dans les cas ordinaires, M. Huguier con-

seille, lorsque la maladie est encore bornée et locale, afin d'empêcher l'établissement de la diathèse cancéreuse, s'il est possible encore, de circonscrire avec l'instrument tranchant les tumeurs squirrheuses que l'on voit ou que l'on peut atteindre avec le bistouri. Lorsque le cancer est trop étendu ou, comme dans le cas actuel, affecte une marche très-rapide, il est impossible de mettre cette méthode en pratique, et le chirurgien est condamné à rester spectateur impuissant des désordres que cause cette terrible dégénérescence. La cautérisation, que quelques auteurs ont recommandée, paraît moins efficace que l'ablation des tumeurs carcinomateuses, et il est même des praticiens, au nombre desquels nous citerons M. Vidal, qui la rejettent complétement comme plus nuisible qu'utile. Chez plusieurs malades que ce chirurgien a eu l'occasion d'observer à l'hôpital de Lourcine, il a employé le fer rougi à blanc, et il a constaté que les ulcérations squirrheuses avaient marché dans ces cas plus rapidement que chez les autres malades.

Fistules vulvaires et vaginales. — De leur traitement (1).

Dans un précédent article, nous avons passé en revue plusieurs moyens conseillés par les auteurs et mis journellement en usage pour remédier à ces fistules. Nous allons nous occuper maintenant d'un procédé dont on se sert très-fréquemment et qui produit souvent d'heureux résultats; nous voulons parler de la cautérisation.

La cautérisation s'emploie surtout dans les cas de fistules qui ont un corps. Dans les affections de ce genre, la cautérisation opérée soit avec les caustiques solides, soit avec les liquides, est plus souvent suivie de succès que dans les simples perforations. Voici comment on peut se comporter : D'abord, on peut aussi avoir recours à la cautérisation à l'aide d'injections. Les liquides caustiques dont on se sert peuvent consister dans des solutions simples de nitrate d'argent; elles suffisent fréquemment pour amener la guérison. D'autres fois on met en usage le vin aromatique ; ce dernier suffit quelquefois, lorsque le canal fistuleux est assez étroit pour ne point laisser de passage aux matières excrémentitielles. Le vin aromatique produit une légère inflammation, à la suite de laquelle la réunion complète finit par s'effectuer. Mais, nous le répétons, il faut que l'extrémité rectale de la fistule soit extrêmement étroite, et permette tout au plus le passage de quelques mucosités, sans que les matières fécales puissent s'y engager.

Lorsque les injections de cette espèce ont échoué, on a recours au proto-nitrate acide liquide de mercure. Pour le mettre en usage, il est à prendre quelques précautions importantes, dont la négligence pourrait entraîner des accidents plus ou moins graves. Ainsi, un spéculum de petite dimension sera introduit dans le rectum d'une part, et, d'autre part, un spéculum ordinaire sera placé dans le vagin ; de telle sorte que les deux extrémités du conduit fistuleux puissent être facilement examinées. En effet, si en injectant ce liquide énergique, vous ne preniez point garde aux points qu'il peut toucher, vous pourriez produire une eschare sur la membrane muqueuse du rectum et déterminer les plus graves accidents. Il est nécessaire, aussitôt après l'injection faite avec le nitrate acide de mercure, de diriger dans le rectum un courant d'eau tiède prolongé pendant quelque temps, afin d'enlever jusqu'aux dernières traces du caustique qui aurait pu s'y répandre. L'insensibilité des parties rend le plus souvent ces cautérisations indolentes.

Qu'arrive-t-il une fois la cautérisation faite ? Quelques heures après il se développe une véritable inflammation, puis du gonflement, un sentiment de chaleur et de douleur, souvent même accélération de la circulation et mouvement fébrile. Le trouble produit dans les parties voisines du point cautérisé est quelquefois tel, que l'on a vu se produire des abcès dans le tissu cellulaire environnant. Lorsque les suites de l'opération sont normales, on voit au bout de quelques jours l'eschare produite par le caustique se détacher, des bourgeons charnus se montrer au-dessous, et la réunion des parois du trajet fistuleux s'effectuer. Mais il n'en est malheureusement pas toujours ainsi : lorsque la cautérisation par les liquides a échoué, et si la malade n'éprouve pas trop de répugnance, si elle a pleine confiance en vous, il ne vous reste plus qu'à vous servir du cautère actuel ; les deux formes dont on fait le plus souvent usage sont le cautère en roseau et le cautère en haricot. Mais dans ce cas, comme dans le précédent, vous employez les deux spéculums placés l'un dans le rectum, l'autre dans le vagin. On peut remplacer ce dernier par une gouttière formant la moitié ou les trois quarts d'un cylindre creux, et dont vous appliquez la convexité sur la paroi du vagin opposée à l'ouverture de la fistule.

Un procédé chirurgical ancien, et par ancien nous voulons dire relativement à ceux que nous venons de décrire, c'est la suture. Lorsque l'on s'est aperçu que l'on échouait fréquemment dans le traitement des fistules par la compression au moyen de compresses ou de bourdonnets de charpie, on s'est imaginé d'essayer la suture. Ici encore, plusieurs procédés existent. Le moyen le plus simple, en même temps que le plus anciennement employé, c'est la suture à points séparés. On se contentait de placer un point vers la partie supérieure, et un autre vers l'extrémité inférieure, puis on serrait les fils. Mais comme il restait un intervalle entre chaque fil, les humidités du rectum passaient entre les fils, et l'on n'obtenait qu'un demi-succès ; souvent même on n'obtenait aucun résultat. Enfin, dans des cas qui n'étaient malheureusement pas excessivement rares, on avait agrandi la fistule ; il n'est pas besoin de vous dire que le peu d'efficacité de ce mode de suture y a fait renoncer presque complétement.

On essaya plus tard de substituer à ce mode la suture entortillée, celle que l'on emploie dans l'opération du bec-de-lièvre, et qui consiste, dans l'affection dont il s'agit, à placer sur chacun des bords de l'ouverture fistuleuse des aiguilles sur lesquelles on jette des anses de fil pour les rapprocher l'une

(1) Voir Encycl., juillet 1844, t. 143, p. 148.

de l'autre. Mais, par ce procédé, les tissus de la partie, qui sont naturellement lâches, sont faiblement unis entre chaque aiguille, et les lèvres ne sont pas exactement affrontées, et souvent il reste ainsi deux petites fistules au lieu d'une seule. M. Roux a tenté de remplacer la suture entortillée par la suture enchevillée, modifiée de la façon suivante. Au lieu d'employer un fil double, il met deux fils, un double et un simple, dans le chas de l'aiguille, en ayant soin de se servir de fils de différentes couleurs. Le fil double est destiné à embrasser les petites baguettes longitudinales à l'aide desquelles on pratique la compression ; puis, comme les bords se trouvent naturellement renversés à droite et à gauche, le fil simple est noué par le chirurgien comme dans la suture à points séparés. De cette manière, on pratique du même coup deux sutures au lieu d'une seule.

Malgré toutes ces précautions, on voit souvent échouer cette suture comme les précédentes. Aussi M. Colombat (de l'Isère) a-t-il à son tour conseillé un nouveau mode, qui consiste à faire la suture dite *surjet*, ou suture *du pelletier* ; mais, vu la difficulté que l'on éprouve à la pratiquer, il a cru devoir inventer l'instrument particulier que je vous présente. Il consiste en une sorte de tire-bouchon, terminé par un fer de lance percé d'un chas. Ce fer de lance, qui peut s'enlever à volonté, a trois millimètres environ de longueur et est légèrement recourbé sur le plat. Un fil étant placé dans le chas du fer de lance, et les bords de la fistule étant rafraîchis avec le bistouri, on imprime à l'instrument un mouvement circulaire sur son axe, et l'on traverse ainsi dans toute la longueur de la fistule les portions de la membrane muqueuse que l'on veut réunir. Parvenu à l'extrémité du trajet fistuleux, on dégage la pointe qui porte le fil, et par un mouvement de rotation circulaire en sens inverse, on retire l'instrument ; puis on arrête le fil à son extrémité supérieure et inférieure. Nous devons dire que cette opération, très-simple au premier abord, très-facile à exécuter sur le cadavre, est loin d'être aussi aisée sur le vivant, et qu'en raison de la difficulté, elle n'est pas très-usitée.

On ne s'en est point tenu là pour le traitement des fistules recto-vaginales, et vous devez voir, par les détails dans lesquels nous entrons, la vérité de cette proposition que nous avons déjà plusieurs fois émise devant vous, que la richesse de la thérapeutique dans le traitement d'une maladie est un véritable signe d'impuissance. Le moyen qui nous reste à examiner est l'incision. Lorsque la fistule a son extrémité supérieure dans le rectum, mais que son ouverture inférieure vient aboutir à la vulve, vous pouvez, dans la plupart des cas, vous contenter de prendre le bistouri et d'inciser le trajet fistuleux dans toute sa longueur ; le plus souvent, on obtient par ce moyen bien simple une guérison complète. Cette opération a réussi plusieurs fois, notamment entre les mains de M. Velpeau et de M. Colombat (de l'Isère). Nous-même, nous avons eu occasion de la pratiquer une fois, et elle a été suivie de succès.

Les procédés dont nous venons de vous exposer en détail, bien qu'un peu rapidement, l'historique et la description, constituent l'ensemble des moyens thérapeutiques que possède aujourd'hui la science pour remédier aux fistules recto-vulvaires et recto-vaginales. Il en reste encore un dont nous n'avons rien dit, et dont nous ne vous entretiendrons point ici ; c'est l'autoplastie, opération qui dans ces derniers temps a pris une extension qu'on n'aurait pu prévoir. Dans le cas qui nous occupe, on lèverait un lambeau, soit aux dépens de la muqueuse vaginale, soit aux dépens des téguments des grandes lèvres ou de la partie interne et supérieure des cuisses. On imprime au pédicule du lambeau un mouvement de torsion, et on en affronte les bords préalablement rafraîchis de la fistule. Bien que peu employée jusqu'à présent, cette opération ne devrait point cependant être dédaignée, si les moyens précédents avaient échoué, et le devoir du chirurgien lui commanderait d'y avoir recours, quelque faibles que fussent les chances de réussite.

Polypes. — Les polypes peuvent se développer dans différents points de l'appareil génital de la femme. Nous examinerons successivement les principaux points de leur histoire, insistant particulièrement sur ceux dont nous pourrons vous présenter des exemples.

Il peut se développer, et le cas n'est pas très-rare, des polypes dans l'urètre. Ces tumeurs consistent dans une espèce de végétation de la membrane muqueuse, du tissu cellulaire sous-jacent à la muqueuse, avec développement et dilatation anormale des vaisseaux qui se rendent à cette partie. Rarement les polypes de l'urètre sont très-volumineux. Le plus fréquemment, leur volume est celui d'un pois ordinaire, et les cas sont excessivement peu connus où ils dépassent celui d'une prune de mirabelle. Les symptômes auxquels on les reconnaît sont ordinairement les suivants : dysurie, envies fréquentes d'uriner, sensation de chatouillement dans le canal de l'urètre ; constriction spasmodique du sphincter de la vessie. Les malades, et l'on sait que les femmes peuvent dans l'état de santé conserver longtemps l'urine dans la vessie, les malades éprouvent cinq à six fois par jour, quelquefois plus, un besoin impérieux et irrésistible de rendre leurs urines. Insomnies presque continuelles, qui fatiguent les malades. Disons, en passant, que ces polypes de l'urètre constituent une des causes les plus fréquentes d'insomnies dans la vieillesse. Les mouvements de la marche déterminent une sensibilité très-vive et douloureuse de la partie malade.

La miction devient également pénible ; on ne saurait se figurer, lorsqu'on n'a point eu occasion de soigner des malades atteintes de cette affection, combien une maladie aussi légère peut causer de souffrances.

Voici ce que l'on constate par l'exploration directe. Les polypes de l'urètre se présentent sous forme d'une petite tumeur arrondie d'un rose vif ; cependant la couleur peut varier suivant la nature des vaisseaux qui prédominent dans l'organisation de la tumeur. Si ce sont les vaisseaux veineux qui sont les plus développés, la tumeur est plus violacée ; si ce sont les vaisseaux artériels, la couleur tire généralement sur le rouge rutilant.

Leur forme n'est pas moins variable. Il est des

cas où le polype présente un pédicule ou base d'une étroitesse remarquable ; d'autres fois ils sont, pour nous servir d'une expression qui nous semble rendre parfaitement notre pensée, *sessiles*, c'est-à-dire pédiculés ; ils ressemblent à des crêtes de coq, dont la base est aussi large que le sommet. Comme nous n'avons point en ce moment d'affection de ce genre à faire passer sous vos yeux, et qu'il n'entre pas dans notre plan de vous faire ici des leçons théoriques, mais bien un cours clinique et essentiellement pratique, nous n'entrerons pas dans plus de détails sur ce point, et nous arriverons de suite au traitement.

On emploie, pour détruire le polype de l'urètre, différents moyens thérapeutiques, qui peuvent se réduire à trois : la ligature, la cautérisation, l'excision. La cautérisation semble être le moins efficace. Rarement on parvient par les caustiques à détruire complétement ces tumeurs. De plus, on est obligé d'y revenir à plusieurs reprises, sans quoi l'on ne pourrait espérer d'enlever la tumeur dans toute son étendue. La ligature est de beaucoup préférable ; mais outre qu'elle ne peut être pratiquée que sur les polypes à base étroite, l'étroitesse du canal la rend souvent impraticable.

Reste donc l'extirpation, qui nous semble devoir être préférée dans la grande majorité des cas. On saisit le polype avec une pince dont la forme, la longueur et la force varient selon les circonstances, soit que l'on se serve de la pince à pansement, ou de la pince à griffes, ou de la pince de Museux ; on l'attire au dehors par une traction ménagée, puis on l'excise à l'aide de ciseaux courbes. Un ou deux coups suffisent le plus habituellement pour opérer cette section. Une fois la tumeur enlevée, on passe sur la surface saignante un caustique dont le but est de détruire jusqu'au germe du polype et d'arrêter l'écoulement de sang, ordinairement assez considérable, mais sans danger, qui peut survenir. Il est rare qu'après une opération bien faite on observe des récidives.

(*La suite à un prochain numéro.*)

E. SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 1er JUILLET.

Cystite cantharidienne. — M. Morel-Lavallée lit un travail intitulé : *Vésicatoire dans la vessie, ou fausses membranes développées à la surface interne de ce viscère sous l'influence des cantharides appliquées à la peau.* Quoique le plus souvent les cantharides appliquées à la peau n'aient aucune influence sur la vessie, il est des cas où elles y exercent leur action absolument comme si l'on eût posé un vésicatoire à la surface interne de ce viscère. Cette différence paraît tenir à des causes individuelles. La grandeur du vésicatoire paraît avoir une influence considérable sur la production des accidents vésicaux. Dans tous les cas où ils ont été les plus marqués, le topique était très-large, quelquefois monstrueux. Dans les trois cas cités par M. Morel, de tous les vésicatoires qui ont agi sur la vessie, un seul avait été appliqué aux environs de cet organe, à l'hypogastre, les autres l'avaient été le plus loin possible, à la poitrine et à la tête.

Les caractères anatomiques de cette affection consistent dans l'état de la vessie et dans les produits que sécrète sa surface enflammée. Les fausses membranes, dont la grandeur varie de celle d'une pièce de 50 cent. à celle d'une moitié de carte à jouer, et l'épaisseur de 1 à 3 millim., ont les bords irréguliers et frangés. Les petits lambeaux sortent en pelotons, les autres en rouleaux. Les premiers sont d'un aspect rose-grisâtre, muqueux et à peu près semblables sur leurs deux faces, parsemés de stries de sang mou, peu résistants et d'une texture à peine fibreuse, se réduisant en lames parcheminées et se durcissant à l'alcool. Les seconds, les plus considérables, sont d'un blanc mat d'un côté et rose de l'autre, fermes, élastiques, résistants, et d'une trame composée de faisceaux blanchâtres entrecroisés, et présentent le même aspect d'organisation que la couenne d'un caillot sanguin. Il n'a remarqué de l'albumine dans les urines que dans un cas.

Il est à remarquer que dans tous les cas rapportés par l'auteur, les vésicatoires étaient camphrés, circonstance qui diminue beaucoup la confiance que l'on accorde à ce préservatif.

Quant au traitement, l'auteur conseille d'abord l'enlèvement de tout emplâtre cantharidé, puis des injections émollientes dans la vessie.

Seigle ergoté. — M. Legrip, pharmacien à Chambon, envoie un travail sur l'ergot de seigle, dans lequel il oppose à quelques-unes des opinions le plus récemment émises sur ce sujet, des recherches analytiques et des expériences nouvelles. Il résulte de l'analyse que M. Legrip en a faite que cette substance séchée à + 50° centigr. contient pour 100 grammes:

Huile grasse, épaisse, très-fluide à + 25°, d'un beau jaune		34 50
Amidine		2 75
Albumine		1 00
Inuline		2 25
Gomme		2 50
Sucre incristallisable		1 25
Résine très-brune		2 75
Fungine		3 50
Matière végéto-animale		13 50
Osmazome		0 75
Acide gras		0 50
Fibro-ligneuse		24 50
Principes colorants	rouge-brun, violacé par un alcali fauve rosé, par un acide	insoluble dans l'alcool. soluble dans l'alcool. 0 50
	d'un beau jaune dans l'ammon.; couleur nulle dans les acides	
Principe odorant inisolé		» »
Fungate de potasse		2 25
Chlorure de sodium		0 50
Sulfates	de chaux / de magnésie	0 50
Phosphate de chaux (sous)		1 25
Oxyde ferreux		0 25
Silice		0 15
Eau		2 50
Perte		2 35
		100 00

M. Legrip a fait quelques expériences tendant à établir la manière d'agir et le degré d'action de quelques produits immédiats de l'ergot de seigle. Ainsi, l'huile d'ergot de seigle, que M. Bonjean dit être très-toxique, a paru à M. Legrip n'avoir aucune action malfaisante.

L'auteur de ces recherches n'a point trouvé l'*ergotine*, matière cristallisable en paillettes que M. Vallet a dit avoir rencontrée dans une analyse qu'il a fait connaître en 1832 à la Société de pharmacie.

Bains de l'utérus et du vagin. — M. Numa-Guérin (de Saint-Séverin d'Aubeterre) annonce qu'il a imaginé un nouveau moyen de faire parvenir la matière des bains généraux dans le vagin et au col de la matrice, et à maintenir le liquide d'une manière continue et permanente sur ces parties. Il se sert, à cet effet, de sondes et de spéculums modifiés comme conducteurs de la matière du bain.

SÉANCE DU 8 JUILLET.

Renouvellement et régénération du vaccin. — M. le docteur James lit un travail ayant pour titre : *Note sur l'ancienne et la nouvelle vaccine et sur l'application de la vaccination naturelle par le*

moyen du virus repris sans cesse sur l'espèce bovine au moment même de l'inoculation.

L'auteur commence par rappeler les travaux auxquels il s'est livré depuis 1827, dans le but de réformer la pratique de l'ancienne vaccination dite de bras à bras. C'est ainsi que, le premier, il a inoculé des génisses avec le vaccin pris sur le bras d'un enfant, et qu'il a constamment régénéré de cette manière le virus, en le reprenant sur ces génisses au degré d'énergie voulu. Il se livre ensuite à une critique du mode d'opérer suivi par MM. Magendie et Fiard, et indiqué par ce dernier dans la communication qu'il a faite récemment devant l'Académie. Quant il s'agit, dit-il, de porter du vaccin naturel sur l'espèce humaine, c'est directement de la vache qu'il faut le prendre; il faut recueillir du virus dans les pustules assez récentes encore pour que l'inoculation réussisse.

La régénération de la vaccine, telle que M. James conseille de la pratiquer, consiste à reporter, des bras des enfants sur des génisses, du vaccin usé par un nombre de transmissions déterminé; en sorte que la vaccination puisse toujours se faire en reprenant le vaccin après qu'il a ainsi passé de nouveau dans la circulation de la vache. Ce moyen, suivant M. James, permet de conserver constamment le vaccin au degré d'énergie nécessaire pour garantir dans tous les cas contre la variole, en évitant les accidents qui pourraient résulter de la trop grande force d'un vaccin repris à sa source naturelle. La même génisse peut servir à la vaccination naturelle d'un très-grand nombre d'individus. Une seule vache a suffi, l'année dernière, pour vacciner à Belleville, à la Villette, à la Chapelle et dans deux régiments.

En résumé, M. James distingue le *renouvellement* et la *régénération* du vaccin. Le renouvellement a lieu quand on prend le vaccin sur une vache atteinte du cowpox naturel; et, dans ce cas, outre que l'inoculation échoue souvent, elle peut donner lieu à des boutons qui se développent et s'enflamment avec excès. Aussi M. James préfère-t-il toujours le vaccin régénéré pour le transport du bras de l'enfant à la génisse, sur laquelle on le reprend ensuite.

Constitution chimique des globules sanguins; nouvelle méthode d'analyse du sang; par M. Figuier. — M. Dumas rend compte d'un travail qui lui a été communiqué par M. Figuier, sur une méthode nouvelle pour l'analyse du sang et sur la constitution chimique des globules sanguins.

Nous reproduisons textuellement cet important travail.

Le principe de ce mode nouveau d'analyse repose sur un fait observé depuis plusieurs années par M. Berzelius. Ce chimiste trouva que si l'on ajoute à du sang défibriné par le battage une solution d'un sel neutre, comme du sulfate de soude, du sel marin ou de l'eau sucrée, on peut retenir sur le filtre la plus grande partie des globules, tandis que, dans les conditions ordinaires, le sang défibriné jeté sur un filtre traverse le papier avec tous ses globules. Je suis parvenu, après plusieurs tâtonnements, à réaliser ce fait curieux, de manière à le rendre applicable à l'analyse rigoureuse du sang. Ainsi, j'ai trouvé qu'en employant une dissolution de sulfate de soude marquant 16 à 18° à l'aréomètre de Baumé, et en prenant deux volumes de la solution saline pour un volume de sang, tous les globules restent à la surface du filtre. Si on examine, en effet, au microscope le liquide qui a traversé le papier, on aperçoit à peine cinq ou six globules échappés à l'action du filtre, tandis que la couche restée sur le papier remplit le champ de l'instrument de globules pressés ne laissant entre eux que fort peu d'intervalle.

D'après cela, l'analyse se résume dans ces quelques opérations fort simples. L'opération du battage donne le poids de la fibrine. Le poids des globules est obtenu en recueillant ceux-ci sur un filtre par l'artifice de la dissolution saline, celui de l'albumine en coagulant par la chaleur le liquide filtré. Enfin, la proportion de l'eau est déterminée par l'évaporation d'une petite quantité de liquide d'un poids connu.

Telle est l'idée générale de ce moyen d'analyse. On ne peut présenter dans cette note la description détaillée des précautions, fort simples d'ailleurs, que l'opération peut exiger. On comprend sans peine tous les avantages d'une méthode qui permet d'isoler et de doser directement tous les éléments du sang. Les avantages ressortiront d'ailleurs avec beaucoup d'évidence si on la met en regard de la méthode universellement suivie aujourd'hui et que nous devons à M. Dumas. Ce procédé, que nous ne pouvons rapporter ici, exige, comme on le sait, des opérations longues et assez nombreuses. Tel qu'il est cependant, il a suffi à MM. Andral et Gavarret pour enrichir la science des beaux résultats que l'on connaît. Aussi, je ne m'arrêterai pas à discuter la valeur réelle des chances légères d'erreurs que cette méthode peut offrir. Les personnes qui se sont imposé cette tâche oubliaient sans doute que l'analyse des matières complexes de l'économie ne peut aspirer à la rigueur de nos analyses minérales. Toutefois, en ce qui touche la valeur comparée de ces deux méthodes d'analyse, il suffit, je pense, pour faire ressortir la supériorité de celle dont je propose l'adoption, de dire que, par son emploi, tous les éléments du sang étant isolés et déterminés par des pesées directes, toute chance d'erreur semble écartée. On me permettra seulement d'ajouter qu'elle offre encore deux avantages particuliers. Le premier, c'est de n'exiger qu'un temps fort court et que des opérations très-simples. Le second et le plus remarquable, c'est de permettre d'opérer sur une quantité de sang très-petite. Ainsi, l'on verra que 80 ou 90 grammes de sang sont la quantité la plus convenable pour déterminer le rapport des globules, de l'albumine et de l'eau. Or, comme les maladies dans lesquelles l'étude chimique du sang offre le plus d'intérêt sont précisément celles dans lesquelles les malades sont le moins saignés (phthisie, scorbut, chlorose, affections cancéreuses et dégénérescences organiques), on comprend que cette circonstance offre un assez haut degré d'intérêt. — La faible quantité de sang exigée par l'analyse permettra donc désormais de pouvoir le soumettre à un examen d'un autre genre et de rechercher si les altérations chimiques qui se produisent sous l'influence des maladies ne se traduiraient pas par l'apparition de substances nouvelles, ou bien par une modification de nature survenue dans ses éléments habituels. On

sait que, par le procédé actuel, cette recherche n'est pas possible, attendu que la totalité du sang de la saignée se trouve consommée par l'analyse.

Les observations précédentes ont été faites à l'occasion de quelques recherches sur la constitution chimique des globules sanguins dont je dirai un mot en terminant.

On sait que les opinions sont partagées sur la nature chimique des globules sanguins. Plusieurs chimistes adoptent l'opinion de M. Berzelius, qui regarde le globule du sang comme une matière chimiquement homogène et représentant l'hématosine ou la matière colorante du sang. L'examen microscopique a conduit d'autres observateurs à regarder le globule du sang des mammifères ou des autres animaux vertébrés comme formé d'un anneau extérieur, ou bien d'un noyau central qui diffère par sa composition de la matière colorante elle-même. Je crois que l'on peut démontrer dans le globule du sang l'existence de trois matières bien distinctes : 1° la matière colorante ou l'hématosine; 2° l'albumine; 3° une petite quantité de fibrine appartenant sans doute au noyau central admis par quelques physiologistes.

1° Si l'on traite, en effet, les globules séparés par un filtre à l'aide de sulfate de soude, par de l'alcool ammoniacal, on dissout très-facilement la matière colorante du sang en laissant un coagulum brun. C'est même là un procédé extrêmement facile pour obtenir sans aucune espèce d'altération la matière colorante du sang. L'évaporation de l'alcool fournit une masse d'un beau rouge de bistre, offrant tous les caractères que M. Lecanu a signalés dans l'hématosine.

2° Si l'on délaie dans l'eau les globules isolés sur le filtre, on obtient une liqueur rouge de sang, qui, filtrée, précipite abondamment par les acides et par l'alcool, et se coagule par l'ébullition (M. Berzelius a déjà indiqué la coagulation des globules par l'action de la chaleur). Comme l'hématosine, dans sa dissolution dans l'alcool ammoniacal, ne se coagule point par la chaleur et n'est pas précipitée par l'acide nitrique en excès, il est probable que dans le globule du sang il existe à la fois de l'albumine et de la matière colorante.

3° Les globules du sang, isolés et traités par une grande quantité d'eau, laissent déposer, au bout de douze heures de repos, une matière rouge qui, lavée par décantation, présente tous les caractères de la fibrine du sang.

L'expérience est plus longue à exécuter avec les globules du sang humain, en raison de l'extrême petitesse des globules; mais le fait se constate promptement ainsi avec le sang de grenouille. Müller a, de plus, montré que le sang de grenouille défibriné, et simplement étendu d'eau, laisse précipiter des noyaux semblables blanchissant par les lavages.

Il est donc probable que les globules du sang contiennent à la fois une petite quantité de fibrine, de l'albumine et de la matière colorante du sang. Cette constitution a déjà été soupçonnée par quelques micrographes.

Je dirai, en terminant, que l'emploi du sulfate de soude ou des dissolutions salines pour isoler et retenir sur un filtre les matières globulaires en suspension dans les liquides animaux est susceptible de prendre, je crois, une extension digne d'intérêt, et de s'appliquer avec succès, sinon à l'analyse quantitative, ce qui n'est pas toujours nécessaire, du moins à la séparation des matières complexes qui constituent les liquides animaux, tels que le lait, le mucus, le chyle, la lymphe. Ainsi le lait, traité comme le sang par le sulfate de soude, laisse sur le filtre toute la matière grasse, et le liquide, après un certain temps, passe limpide et chargé de caséum susceptible d'être précipité par l'action de l'acide acétique à l'ébullition.

Sur l'exhalation d'azote pendant la respiration des granivores. — M. Boussingault adresse un long mémoire ayant pour titre : *Analyses comparées de l'aliment consommé et des excréments rendus par une tourterelle.* Ces expériences ont été entreprises pour rechercher s'il y a exhalation d'azote pendant la respiration des granivores; en d'autres termes, si un oiseau adulte, nourri d'une manière régulière et dont le poids n'augmente pas, rend dans ses déjections la totalité de l'azote qui faisait partie des aliments qu'il a consommés.

En prenant les moyennes des résultats obtenus par M. Boussingault dans ces expériences, on trouve qu'une tourterelle, pesant environ 187 gr., brûle, en respirant pendant 24 heures, gr. 5,10 de carbone; elle émet, en conséquence, dans le même espace de temps, gr., 18,70 d'acide carbonique et gr. 0,16 d'azote; soit, en volume, acide carbonique, 9,441; azote 0,126. D'où il résulte que l'azote exhalé provenant de l'organisme est à peu près 1/100 en volume de l'acide carbonique produit; résultat conforme, quant au fait de l'exhalation de l'azote, à celui qu'ont obtenu dans leurs expériences sur le même sujet Dulong et M. Despretz, mais qui en diffère notablement sous le rapport quantitatif.

En considérant la respiration comme un phénomène de combustion, les données contenues dans le résumé des expériences de M. Boussingault indiqueraient qu'une tourterelle du poids de 187 grammes, respirant librement dans une atmosphère à 8° ou 10° c., où elle brûle en 2 heures gr. 5,1 de carbone et gr. 0,07 d'hydrogène, peut dégager assez de chaleur pour entretenir sa masse à une température à peu près constante de 41° à 42°, tout en volatilisant l'eau qui sort par la transpiration pulmonaire et cutanée.

Diabète sucré guéri par les alcalis et les sudorifiques. — MM. Mialhe et Contour communiquent une observation relative à un cas de diabète sucré qu'ils ont traité et guéri par l'usage des alcalis et des sudorifiques. Le sujet est un homme de 43 ans, chez lequel les premiers symptômes de la maladie se manifestèrent à la suite d'un flux hémorrhoïdal des plus abondants. La présence du sucre dans les urines avait été constatée depuis dix-huit mois : la quantité en était de 45 grammes par litre. La faiblesse du malade était extrême, la transpiration nulle, et le besoin de la défécation ne se faisait jamais sentir. Le malade a été mis à un régime très-animalisé, à l'usage des bains de vapeur et de la flanelle. On lui a fait prendre pendant huit jours le mélange suivant: bi-carbonate de soude, 2 grammes;

magnésie calcinée, 1 gramme. Au bout de huit jours, la dose du bi-carbonate de soude fut graduellement augmentée et portée successivement à 6, 8, 10 et 12 grammes, la dose de la magnésie restant toujours la même.

Sous l'influence de ce traitement, la quantité de sucre a été toujours en décroissant dans les urines; aujourd'hui, elles n'en présentent plus aucune trace, quoique le sujet prenne du lait, du pain, des fruits, etc., et ses forces, ainsi que toutes ses fonctions, sont complétement rétablies.

Les auteurs de cette observation expliquent la guérison, dans ce cas, par ce fait que l'un d'eux avait déjà fait connaître dans un précédent travail, savoir : que, sous l'influence des alcalis, l'assimilation du sucre est redevenue possible, l'affection diabétique ne consistant pas dans une saccharification stomacale outrée, mais bien dans un défaut d'assimilation du sucre provenant des aliments. Ce défaut d'assimilation tiendrait lui-même, selon ces messieurs, à ce que le sang des diabétiques ne contient pas la proportion d'alcali libre ou carbonaté nécessaire pour opérer la décomposition du sucre.

Recherches sur la créosote.— M. Deville communique le résultat de recherches qu'il a faites sur la créosote. Ces recherches l'ont conduit à reconnaître qu'il y a une analogie complète de composition chimique et de caractères physiques entre l'hydrure de gayac et la créosote, au point que le premier pourrait être considéré à ses yeux comme un oxyde du dernier.

Voici les formules de ces deux corps :

Hydrure de gayac ($C_{28}H_{16}O_4$). Créosote ($C_{28}H_{16}O_2 + 2$ de vapeur).

Le premier prend une couleur brune lorsqu'on y ajoute une solution d'un sel de fer; le second devient bleu sous l'influence de la même addition.

Le brôme uni à la créosote forme un acide cristallisable, la moitié de l'hydrogène de la créosote étant remplacée par une même quantité de brôme; tous deux, avec l'acide sulfurique et le chrômate de potasse, forment un sel de chrôme analogue à l'acide tartro-chrômique.

SÉANCE DU 15 JUILLET.

Du climat de l'ancienne Gaule. — M. Fuster reprend la lecture de ses recherches sur le climat de la France. Ces recherches, dit-il, sont la suite de celles que j'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie (1). Elles comprennent une autre série de faits en faveur du système que le climat de la France a produit, en dix-neuf siècles, des modifications générales, continues et profondes. M. de Gasparin professe depuis vingt ans une opinion contraire. Voici cette opinion (je cite textuellement) : *Les saisons ont un caractère d'immutabilité permanente; leurs variations en plus ou en moins ne sont que des oscillations autour d'un point fixe* (2); ce qui revient à dire que les climats n'ont pas changé et ne changent pas. Cette ancienne prévention perce de toutes parts dans le fond comme dans la forme de la critique de mon premier mémoire. Je ne dirai rien de la forme : chacun a sa manière; mais il importe de rendre les faits à eux-mêmes en leur restituant la valeur qu'ils doivent avoir. Je les confirmerai, chemin faisant, par de nouveaux faits. Nous ne parlerons, dans le mémoire actuel, que du climat de la Gaule à l'époque de la conquête de César, cinquante ans avant notre ère.

M. de Gasparin avance que le climat de la Gaule, sous cette période, était à peu près tel qu'il est aujourd'hui. Tous les témoignages contemporains cités dans le premier mémoire, ceux de César, de Diodore de Sicile, de Cicéron, attestent au contraire que ce climat essuyait alors un froid intense, opiniâtre et long. Sans doute, il est impossible, faute de mesures, de se faire une idée exacte du degré de ce froid. Mais les termes de ces témoignages montrent sans équivoque qu'il égalait celui de nos hivers les plus rudes. Il prétend que la description si détaillée de Diodore doit se rapporter à des régions plus septentrionales : c'est une erreur facile à vérifier. Diodore n'a pas reculé la Gaule au delà des limites reconnues de son temps; il rappelle seulement que les Gaulois avaient transporté leur nom jusqu'aux confins de la Scythie. Si Diodore avait pu se tromper, ses successeurs, mieux informés, Tite-Live, Strabon, Columelle, Pline, etc., n'auraient-ils pas relevé sa méprise? Diodore, d'ailleurs, avait mis trente ans à composer son histoire; il avait voyagé en Europe et en Asie, et il a laissé la réputation d'un historien irréprochable; en outre, les expressions de César et de Cicéron confirment pleinement les assertions d'un grand historien; enfin, toutes les circonstances de la description de Diodore s'appliquent formellement au climat de la Gaule, entre l'Océan et le Rhin. On ajoute que ce froid rigoureux n'était qu'un état exceptionnel. Tous les témoignages infirment également cette interprétation. César a parlé de ce froid d'après un séjour de dix ans dans la Gaule; Cicéron en a parlé d'après les mêmes impressions; la description de Diodore ne saurait s'entendre que d'un état normal; les récits de Tite-Live, les traditions admises ne permettent pas de le prendre comme une exception. Il est donc certain qu'à l'époque de César, la Gaule, en hiver, avait un froid excessif, qu'il y tombait de la neige au lieu de pluie, et que toutes ses rivières *navigables*, c'est-à-dire les plus profondes, y compris le Rhône, gelaient habituellement avec tant de force qu'elles portaient des armées entières avec leurs bagages et leurs chariots. Tel est le seul sens véritable de toutes les relations historiques.

La longueur de ce froid est un fait aussi positif que sa rigueur. César et Diodore en font expressément la remarque. J'ai essayé d'en assigner la mesure en recherchant l'époque où les troupes de César prenaient leurs quartiers d'hiver. Or, cette époque est bien exactement la fin du mois de septembre. M. de Gasparin se trompe en disant que César n'avait pas d'époque fixe pour prendre ses quartiers, et qu'il ne séparait son armée qu'après avoir accompli ses entreprises. Il est si vrai que César réglait

(1) Voir Encycl., t. 137 (janv. 1844), p. 174.

(2) Mém. sur la culture de l'olivier, ann. 1822, 1re partie, chap. 3.

ses campagnes sur les convenances de la saison, que, dans le premier livre *des Commentaires*, il annonce l'entrée dans les quartiers d'hiver *un peu plus tôt que la saison ne l'exigeait*; que, dans le troisième livre, on lit que quelques nations refusèrent de se soumettre *parce qu'elles comptaient sur l'approche de l'hiver*, et que César s'engagea dans une nouvelle campagne, *bien que l'été touchât à sa fin, parce qu'il espérait la terminer en peu de temps*; que, dans le livre VIII, il met ses troupes en mouvement aux approches de l'hiver, *parce que la saison permettait de combattre*; c'est *la rigueur de la saison*, notamment *le froid insupportable et la violence des tempêtes*, qui lui font surtout un devoir de faire rentrer ses troupes vers l'équinoxe d'automne. Il ne les retient sous les armes, passé cette époque et pendant l'hiver, que dans les cas d'urgence.

L'intensité et la durée du froid de la Gaule, ses tempêtes et ses pluies excessives en bannissaient les cultures de la vigne et du figuier. La vigne s'arrêtait alors derrière les Cévennes, en deçà du Vivarais et au-dessous du Dauphiné. Elle était donc bien loin de la hauteur qu'elle occupe de nos jours. La différence au profit de notre époque est de près de 4° de latitude à l'ouest, sans compter qu'elle n'existait pas, dans toute la région océanique au-delà des Cévennes; de 4° et demi au centre et de 3° au moins du côté de l'est. La culture du figuier était encore plus restreinte, puisqu'il se trouvait relégué au pied des Cévennes, sous le 43° degré de latitude, à 5° plus bas qu'aujourd'hui. Dira-t-on, d'après ces faits, dont nous avons eu soin de suivre tous les détails, que le climat de la Gaule, au temps de César, était à peu près ce que nous le voyons à présent?

Nous avons montré que la Gaule, à l'époque de l'invasion de César, avait habituellement un froid excessif, des pluies torrentielles et des tempêtes affreuses; nous allons montrer par de nouveaux faits qu'il n'en pouvait être autrement. Les circonstances locales et l'état des contrées voisines expliquent cette constitution.

D'immenses forêts enveloppaient alors la Gaule. Ces forêts de hautes futaies et peuplées d'arbres résineux en occupaient les deux tiers. On trouvera dans le premier mémoire les places et les directions de ces forêts. Elles se dressaient à chaque pas dans les plaines, régnaient en masse le long de ses trois mers, revêtaient les côteaux, hérissaient les montagnes. Des forêts encore plus épaisses remplissaient au loin les contrées du voisinage : c'était, à l'est, la forêt Hercynie (forêt Noire); au nord, les forêts de la Thuringe, la forêt des Ardennes, les forêts vierges du Danemarck, de la Suède et de la Norwège. Toutes ces forêts étaient très-épaisses, profondes, impénétrables. Ce n'est pas tout.

Le sol de la Gaule, profondément imprégné d'humidité, nageait en quelque sorte dans les étangs, les lacs, les marais et les marécages. Les étangs et les lacs en vivifiaient les montagnes et les vallées; les marais et les marécages en submergeaient les terres incultes et les forêts; toutes les régions contiguës à la Gaule, cette vaste étendue de pays entre le Rhin, la mer Baltique et le Pont-Euxin, n'offraient également du nord à l'est que des terres incultes, des fleuves sans lit et des amas d'eau stagnante. Un immense marais cachait aussi presque en totalité les plaines devenues depuis les Flandres, la Belgique et la Hollande. Toutes ces eaux, gelées aux premiers froids, transformaient les campagnes en un vaste glacier. Il paraît enfin, d'après les travaux récents de MM. Agassiz et Boubée, que les glaciers des Alpes et des Pyrénées étaient alors plus grands, plus nombreux et plus bas qu'aujourd'hui. Ces géologues ne doutent même pas que ces montagnes tout entières et les plaines des environs, dans plusieurs points, ne soient restées longtemps, à une époque correspondante à celle-ci, couvertes de glaces comme les régions polaires. En dehors de la Gaule, au delà du Rhin, le continent de l'Europe, plus septentrional ou plus sauvage, offrait à plus forte raison les mêmes dispositions locales. Ces gigantesques forêts, ces masses d'eaux stagnantes, ces terres incultes, ces glaciers donnaient certainement à la Gaule primitive une tout autre physionomie qu'à la France d'aujourd'hui. On conçoit très-bien, par leur influence, le caractère général de ses saisons.

En hiver, les vents du nord et de l'est se deversaient dans cette région à travers la mer Germanique et les solitudes de la Scythie. Ils y rencontraient à l'opposite des vents d'ouest presque en permanence. Resserrés entre les forêts, irrités par leur conflit, ces vents antagonistes s'engouffraient dans les clairières et roulaient confondus en tourbillons rapides parmi des flots de neige. La première impression du froid gelait d'abord les eaux stagnantes; l'influence de tant de glaces, jointes à la prépondérance des vents glacés du nord et de l'est, faisait bientôt prendre les fleuves et les rivières; la brusque solidification de toutes ces masses redoublait l'impétuosité des vents. C'est alors que l'hiver sévissait dans toutes ses rigueurs sur des terres inaccessibles au soleil et jonchées de frimats, au milieu d'un horizon dominé de plusieurs côtés par des hauteurs chargées de neige et de glaciers, dans un pays en contact avec un immense continent, encore plus septentrional, plus sauvage ou plus boréal.

Au retour du printemps, les vents d'ouest reprenaient le dessus à mesure que la diminution du froid restreignait la domination des vents du nord et de l'est. La lutte de ces vents contraires, aigrie encore par la résistance des forêts, rencontrait un puissant auxiliaire dans le brusque ébranlement de l'atmosphère à la résolution générale des glaces de l'hiver. Une humidité excessive et des pluies diluviales accompagnaient ces tempêtes. Elles provenaient de l'énorme masse de glaces rendue subitement à l'état de liquide, des vapeurs aqueuses abandonnées par les vents d'ouest, et de celles qui s'élevaient de la surface d'un sol couvert de neige pendant un long hiver. La vaste étendue des forêts jouait ici un grand rôle, facile à apprécier.

Ces innombrables sources d'humidité et de pluie prolongées pendant l'été en modéraient la chaleur, l'entrecoupaient d'averses et en abrégeaient la durée. Cependant les plaines et les clairières étaient vivement échauffées, tandis que les premières neiges couronnaient déjà les montagnes et les hautes vallées. Ce contraste propre à l'automne entraînait un

double effet : il rappelait les coups de vents, les bourrasques et les tempêtes ; il provoquait, en outre, des flots incessants de pluie en précipitant sur les plaines ces torrents de vapeurs dissoutes durant l'été. Les circonstances locales et les influences des contrées voisines expliquent très-bien, comme on voit, les trois éléments essentiels au climat de l'ancienne Gaule : son froid excessif, l'abondance de ses pluies et la violence de ses tempêtes.

Tout ce que nous avons dit de ce climat s'applique aux régions du nord et du midi. Il n'y a d'excepté que la Gaule narbonnaise, composée exclusivement du Roussillon, du Bas-Languedoc et de la Provence. Ainsi tombe la dernière objection de M. de Gasparin, savoir que les descriptions anciennes du climat de l'ancienne Gaule ne concernent que sa partie septentrionale. Dans une prochaine lecture, nous continuerons la discussion des faits sur les modifications successives de ce climat.

Recherches sur les sexes et les organes des sens des annélides.—M. de Quatrefages envoie de Capo di Milazzo des notes concernant les études qu'il a été chargé de faire par l'Académie sur les mollusques de la Méditerranée.

Il rend compte spécialement des recherches qu'il a faites sur les sexes des annélides. Dans toutes les espèces qu'il a observées dans des conditions favorables, les sexes se sont montrés séparés aussi bien que dans les annélides de la Manche. Il a, de plus, rencontré quelques faits nouveaux. Ainsi, dans une espèce pélagique très-commune à l'ouest du Capo di Gallo, les 15 premiers anneaux, très-différents des suivants, renferment seuls des œufs ou des zoospermes. On voit qu'ici la disposition des organes reproducteurs est inverse de celle qu'il a signalée chez les syllis. Dans une autre espèce vivant également en pleine eau et pêchée à la Torre d'el l'isola di terra, il a trouvé des masses zoospermiques à tous les degrés de leur développement réunis dans un même individu. Cette circonstance lui a permis de reconnaître que ces masses, d'abord homogènes, subissent des divisions et subdivisions successives jusqu'au moment où elles se résolvent pour ainsi dire en spermatozoïdes. Ce mode d'évolution rappelle entièrement ce qui se passe dans le vitellus lors de la première période de l'incubation. On voit que l'analogie tant de fois signalée entre les organes reproducteurs des deux sexes se retrouve jusque dans les produits de ces organes et jusque dans les phénomènes du développement de ces produits.

A l'aide du microscope, M. de Quatrefages a pu constater de la manière la plus positive que les sexes sont séparés dans l'holothurie tubuleuse, dans l'astérie rouge. Chez l'une et chez l'autre, les testicules sont entièrement semblables aux ovaires pour la forme et la position. La nature des produits peut seule les faire distinguer.

Chez les planaires, au contraire, les sexes sont bien réellement réunis, comme l'avaient admis Baer et Dugès ; mais ni l'un ni l'autre de ces physiologistes n'avait vu les spermatozoïdes de ces animaux. M. de Quatrefages les a trouvés sur plusieurs individus qui portaient également des œufs. L'existence de spermatozoïdes chez des animaux regardés comme présentant un exemple d'extrême simplicité d'organisation offre par cela même un intérêt réel.

M. de Quatrefages a reconnu l'existence d'un système nerveux chez plusieurs espèces (on sait que plusieurs naturalistes en avaient nié l'existence). Dans toutes, il s'est montré avec les mêmes caractères. Il consiste en un double ganglion placé en avant de l'orifice buccal et d'où partent plusieurs filets.

Il a constaté encore un fait entièrement semblable à celui qu'avaient signalé MM. Prévost et Dumas relativement à la fécondation. Ces physiologistes avaient dit, les premiers, que, chez les animaux qui s'accouplent, la liqueur spermatique pénètre jusque dans l'ovaire, et que, par conséquent, l'œuf est fécondé sur place.

On sait que beaucoup de naturalistes rejettent l'existence d'organes des sens analogues à ceux que l'on rencontre chez les animaux supérieurs. L'auteur de ces recherches a trouvé dans les yeux d'une planaire de grande taille un cristallin bien caractérisé, placé sous la couche pigmentaire. Chez plusieurs neméries, il a constaté la communication du cerveau avec les yeux par des nerfs optiques distincts. Les yeux sont composés d'une couche de pigment, d'une poche renfermant une espèce d'humeur vitrée. Il a même distingué quelquefois un cristallin.

Dès l'année dernière, il avait signalé l'existence d'un organe auditif chez une annélide voisine de l'amphicora de M. Ehrenberg. Il a trouvé une seconde espèce, qui se distingue de celle de la Manche en ce que chaque organe renferme plusieurs otolithes. Il a reconnu, du reste, ectte multiplicité des otolithes chez plusieurs mollusques gastéropodes que leur taille et leur transparence lui ont permis d'examiner vivants au microscope.

Le même auteur envoie, sous forme de propositions, un résumé de l'histoire des mollusques gastéropodes phlébentères de la Méditerranée.

Amputation de l'épaule. — M. Rigaud, professeur à Strasbourg, envoie à l'Académie le moule en plâtre d'un scapulum qu'il a enlevé, avec une portion de la clavicule, sur un homme âgé de 51 ans. Il joint à cet envoi une note dans laquelle il fait connaître les particularités qu'a présentées cette opération. Le sujet de cette observation, ancien grenadier de la garde impériale, portait, en 1841, une tumeur de la partie supérieure du bras gauche, pour laquelle M. Rigaud dut faire et fit, en effet, l'amputation de l'articulation scapulo-humérale. La plaie résultant de l'opération guérit, et le malade fut bien portant pendant huit mois ; mais au bout de ce temps on put constater dans la région axillaire la présence d'une tumeur osseuse qui paraissait naître et qui naissait, en effet, comme on put s'en convaincre plus tard, de l'angle antérieur du scapulum. M. Rigaud jugea, pour des motifs exposés dans son travail, qu'il était nécessaire d'enlever le scapulum tout entier avec l'extrémité externe de la clavicule. Cette laborieuse opération ayant été exécutée avec un plein succès dans le courant de l'année 1843, le malade fut rétabli au bout de deux mois et n'a pas cessé depuis de jouir d'une bonne santé.

M. le docteur Ducros adresse un résumé de ses

différentes communications. Il prie l'Académie de nommer une commission qui sera chargée de prendre connaissance des expériences et des faits qu'il a annoncés, tant sous le rapport théorique que pratique. Nous en rendrons compte lorsque le rapport sera fait.

SÉANCE DU 22 JUILLET.

Dépuration des eaux potables.—M. Bouchardat a fait sur la dépuration des eaux fétides des expériences et des observations dont il rend compte à l'Académie dans une note dont nous extrayons les passages suivants : On avait déjà remarqué que des eaux putrides qui avaient perdu complétement leur odeur et leur saveur en passant sur des filtres de charbon et de sable, n'étaient point privées pour cela de toutes les matières organiques qu'elles contenaient, et qu'elles se putréfiaient de nouveau après quelques jours. M. Bouchardat s'est proposé de rechercher la cause de ce phénomène; voici le résultat des expériences qu'il a instituées à cet effet : De l'eau de l'égout de la rue St-Jacques, qui avait une saveur repoussante, fut filtrée sur des couches de charbon; après cette opération, elle avait une limpidité absolue et une saveur ordinaire. C'était de bonne eau potable, quoique retenant encore beaucoup de matières organiques en dissolution, qui resta plus d'un mois sans perdre sa limpidité; peu à peu il apparut dans cette eau quelques flocons d'une matière verdâtre qui envahirent la plus grande partie du flacon et qui se couvrirent de bulles de gaz.

De l'eau qui avait pris une odeur infecte par suite de la macération de viande putréfiée, fut filtrée avec le plus grand soin sur le filtre de sable et de charbon; sa limpidité était absolue et sa saveur n'était pas désagréable; pendant les six premiers mois, elle resta limpide, quoiqu'elle contînt beaucoup de matières albumineuses en dissolution; il se forma peu à peu à sa surface quelque flocons blanchâtres qui finirent par s'agglomérer en une membrane mucilagineuse demi-transparente, composée d'algues microscopiques mélangées d'infusoires. Aujourd'hui, après cinq ans de conservation, la saveur de cette eau n'est pas désagréable.

Dans une dernière série d'expériences, M. Bouchardat avait fait macérer dans de l'eau de la chair putréfiée et des œufs. L'eau infectée qui en résulta fut parfaitement filtrée et épurée sur un filtre de sable et de charbon; sa limpidité était également absolue; mais après deux mois de conservation elle se troubla, il s'y forma peu à peu de fines membranes d'une couleur brune. Cette eau prit et possède encore aujourd'hui une odeur extrêmement imbue d'hydrogène sulfuré.

Ces observations prouvent que lorsque des eaux infectes ont été dépurées au travers de filtres de charbon, si la filtration n'est pas parfaite, s'il reste des matières en suspension en même temps que des substances organiques en dissolution, elles se corrompent de nouveau très-rapidement; si au contraire la filtration est parfaite, s'il n'existe aucune *matière organique en suspension*, les eaux peuvent, quoique retenant des matières organiques en dissolution, se conserver très-longtemps.

La conséquence naturelle de ces faits, c'est que lorsqu'on voudra conserver des eaux dépurées, il est indispensable que la filtration soit parfaite et que ces eaux soient exemptes de toute matière organique en suspension.

Extraction d'un corps étranger de la vessie.— M. Leroy d'Etioles adresse à l'Académie le manche d'une cuillère de moutardier qu'il a extraite de la vessie d'une femme, après l'avoir brisée avec les instruments lithotriteurs. Cette tige de bois, longue de 10 cent. lorsqu'elle était entière, se trouvait placée en travers dans la vessie. Cette circonstance, jointe à l'état de contraction de l'organe, l'a forcé de le partager en deux morceaux pour l'extraire. Chaque fragment a ensuite été saisi avec les instruments spéciaux qu'il a déjà fait connaître à l'Académie, et qui lui ont permis de faire tourner ces pièces sur elles-mêmes et de les placer dans la direction de l'urètre à travers lequel elles ont été enlevées.

SÉANCE DU 30 JUILLET.

Oxydation des substances organiques par l'acide iodique. — M. Pelouze donne communication d'un mémoire de M. Millon sur ce sujet. Nous en extrayons quelques-uns des faits qui nous ont paru les plus intéresssants.

On a jusqu'ici peu employé l'acide iodique comme source d'oxygénation, et cependant cet acide est un agent d'oxydation non moins puissant, non moins varié dans ses effets que l'acide nitrique lui-même. Il offre, en outre, dans la marche de son action quelque chose de spécial qui permet de prévoir ce qu'on peut attendre de son intervention dans l'étude des métamorphoses organiques. Les différents termes d'oxydation auxquels s'arrêtent les autres agents oxydants sont presque tous franchis par l'acide iodique. Ainsi l'acide oxalique est converti en acide carbonique par une dissolution aqueuse d'oxyde iodique à la température même de l'atmosphère. Les acides formique et mucique sont entièrement brûlés par la même dissolution à une température voisine de + 100°, etc.

Dans presque toutes les combustions de l'acide iodique, c'est le carbone qui fait les frais de la réaction. Dans le sucre, dans les acides oxalique et formique, le reste des éléments se sépare à l'état d'eau; mais dans le cas d'un très-grand nombre de substances, de la salicine, des acides tartrique et citrique, de l'acétone, de l'amidon, du sucre de lait, de l'albumine, de la fibrine, etc., il n'en est pas de même, et il en résulte des produits d'oxydation dont la détermination occupe en ce moment l'auteur.

M. Millon n'a rencontré aucune substance alimentaire qui ait résisté à l'action de l'acide iodique. La gélatine résiste au contraire. L'acide acétique est dans le même cas.

Organogénie végétale. — M. Barnéoud adresse un mémoire d'organogénie végétale, intitulé : *Recherches sur le développement et la structure des plantaginées et des plumbaginées.* Ce travail a spécialement pour objet l'étude du développement des fleurs, la structure générale et la classification de ces deux familles végétales. Les recherches de

l'auteur sur ces différents sujets l'ont conduit à établir que, contrairement à la théorie de Schleiden, le développement floral des plantaginées, comme celui des plumbaginées, a lieu de l'extérieur à l'intérieur.

Relativement aux organes de la végétation dans ces deux familles, M. Barnéoud s'exprime ainsi : Soit dans les fleurs, soit dans l'embryon en germination, les premiers vaisseaux qui se montrent sont de vraies trachées déroulables. Les tiges offrent, en allant de l'intérieur à l'extérieur : 1° des trachées autour du canal médullaire ; 2° des vaisseaux ponctués en grande abondance. Voilà pour le bois. L'écorce n'offre que des vaisseaux fibreux. Quant aux vaisseaux lactifères, il n'a rien pu voir de net. Dans les grosses racines, même structure, à l'exception des trachées et du canal médullaire, qui manquent. Dans les petites radicelles, il n'y a que des vaisseaux ponctués. Les stomates se montrent sur toutes les parties vertes extérieures, même sur les cotylédons, qui sortent à peine de la graine.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 2 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU, VICE-PRÉSIDENT.

Orthopédie. — M. Pravaz obtient un tour de faveur pour une lecture. Il lit une note sur l'emploi du bain d'air comprimé comme moyen propre à corriger les déformations du thorax consécutives aux déviations de l'épine. Il met sous les yeux de l'Académie deux plâtres représentant, avant et après le traitement, le dos d'un sujet atteint de déviation de l'épine avec saillie prononcée des côtes. Le second plâtre, pris après quatre mois et demi de traitement, présente un amendement considérable des déformations.

Suite de la discussion sur les ophthalmies. — M. Rochoux : Messieurs, la discussion sur les tumeurs fibreuses de la mamelle a donné lieu à un voyage de grande circumnavigation où l'on a parlé à peu près de tout, excepté de ce qui était en question, c'est-à-dire l'existence de ces mêmes tumeurs, laquelle est restée aussi problématique après qu'avant. Dans la crainte de voir arriver quelque chose de semblable, j'avais demandé la clôture de la discussion ophthalmologique. Aujourd'hui je viens parler pour en abréger la durée, s'il est possible.

Un de nos collègues disait, en sortant de la séance où mon avis fut rejeté, que la discussion actuelle était du plus haut intérêt ; un autre, au contraire, assurait qu'elle ne conduirait à rien. Vous me permettrez de n'être ni de l'une ni de l'autre opinion. A mon sens, cette discussion se bornera tout simplement à bien montrer l'évidence d'une donnée de pathologie générale dont tout bon élève de seconde année doit être imbu, savoir, que dans la classification des ophthalmies, comme dans beaucoup de cas analogues, on doit avant tout prendre en considération : 1° les causes du mal ; 2° les parties de l'organe sur lesquelles porte l'action de ces mêmes causes. Mais avant d'établir cette thèse, si facile à soutenir, il me faut traiter une première question élémentaire, et dire quelques mots des espèces en pathologie.

M. Gerdy ne veut les admettre qu'avec de grandes restrictions. Il a raison ; mais à condition de traiter de même les espèces de l'histoire naturelle, ce qui découle d'un principe qu'il me sera facile d'établir en peu de mots.

D'anciens philosophes, dans les opinions desquels nous sommes encore englués, Platon en tête, admettaient des types, des prototypes, des archétypes, et une foule d'autres chimères parmi lesquelles figuraient très-bien les genres et les espèces. Cette manière fantastique d'envisager la nature est encore en grande faveur en Allemagne, si l'on en peut juger par Schelling. Malgré cela, ou plutôt à cause de cela, elle est, on peut le dire hardiment, en opposition directe avec la vérité. Un coup d'œil jeté sur le principe fondamental de la philosophie naturelle, la seule qui puisse trouver accès dans cette enceinte, vous en convaincra facilement.

Si l'atome a une existence réelle, ce que personne ne saurait nier, il n'existe radicalement que des individus. Et comme tout ce qu'il nous est donné d'observer ne peut être que des agrégations d'atomes ou d'individus, ou bien des phénomènes produits par ces mêmes agrégations, on voit qu'en définitive il n'y a dans l'univers que des individus fonctionnant chacun à sa manière, et par conséquent, ni genre, ni espèces, ni variétés. Voyez, par exemple, les trois règnes de la nature. On les a déjà généralement réduits à deux : le règne organique et le règne inorganique. Bientôt, sans aucun doute, on reconnaîtra d'une façon non moins unanime que ces deux règnes se réduisent à un, comme l'a proclamé, il y a plus de deux mille ans, le seul philosophe de l'antiquité vraiment digne de ce nom, en annonçant au monde stupéfait que les êtres sensibles sont uniquement formés par des matériaux insensibles ou inorganiques.

Cette manière virile de faire main-basse sur les espèces, qui cause un si vif chagrin aux néoplatoniciens, aux cartésiens, aux éclectiques, est unanimement adoptée par tous ceux qui, de près ou de loin, tiennent à la philosophie. Ainsi, Condillac, qui assurément n'était pas un aigle, déclare très-explicitement « qu'il n'existe dans la nature que des in- « dividus. » Est-ce à dire, pour cela, qu'il faille bannir de nos études les genres et les espèces ? Non, très-assurément ; car, même en considérant toutes les méthodes de classification comme artificielles, comme une œuvre de notre esprit, il faut bien vite reconnaître qu'elles sont d'une indispensable nécessité. Aussi n'ont-elles jamais cessé d'être employées, tout en subissant de grands changements, à mesure que nos connaissances faisaient des progrès : nouvelle preuve que ces classifications n'ont aucune réalité par elles-mêmes. Il s'ensuit, en outre, qu'elles peuvent s'appliquer à la pathologie comme à toute autre partie des sciences naturelles ; et que les espèces pathologiques ne sont ni plus ni moins vraies que les autres, bien que ce ne soit pas tout à fait là l'opinion de M. Gerdy.

Cette première question élémentaire traitée, j'en viens à la seconde.

Toute la pathologie repose sur ce fait, sans exception, qu'une même cause morbide affecte différemment des organes dont la structure diffère, et que des causes différentes agissent sur le même organe d'une manière différente. Ainsi l'inflammation, en la supposant la même dans sa nature, affectera différemment la plèvre, le poumon, le cerveau ; tandis qu'un même organe, le réseau muqueux de la peau, par exemple, souffrira différemment, sera différemment affecté dans l'érysipèle, la rougeole, la scarlatine, la miliaire, etc., parce que, dans chacun de ces cas, c'est une cause différente qui agit sur lui. En pourrait-il être autrement pour l'œil et ses diverses parties? Poser la question, c'est la résoudre; mais établir par là, sans réplique, que des distinctions plus ou moins nombreuses sont commandées par rapport à l'ophthalmie, ce n'est pas avoir résolu la question de détails, d'application pratique. Autant la première s'élève au-dessus des contestations, autant cette dernière y est exposée. Vous allez voir combien cette assertion est vraie.

Si l'on demandait aux dix praticiens qui, parmi nous, ont le mieux étudié les maladies des yeux, un traité d'ophthalmologie ; ou si plutôt on adressait la même demande aux dix hommes les plus habiles de France, voire même de l'Europe entière, ils vous demanderaient sans doute, à leur tour, au moins une année pour remplir leur tâche. Eh bien ! supposons que dans un an les dix mémoires vous arrivent. Je ne crois pas beaucoup hasarder en assurant que dans tous on verra l'ophthalmie classée par rapport à ses causes et aux parties de l'œil affectées, mais qu'aucun de ces ouvrages ne s'accordera avec un autre, par rapport à la classification détaillée des diverses espèces d'ophthalmie. Or, bien certainement vous ne ferez pas en cinq ou six séances de discussion ce que dix hommes spéciaux, travaillant chacun de son côté, ne pourraient exécuter en une année de travail soutenu. Convaincu que, dans la circonstance actuelle, les faits de détail sont très-difficiles pour ne pas dire impossibles, à bien établir, je me rabattrai sur une troisième donnée générale, une troisième question élémentaire soulevée dès le premier jour par M. Velpeau.

Notre savant collègue rejette, avec raison, l'existence du virus scrofuleux. Il ne veut pas davantage entendre parler du virus scrofuleux. Soit ; je ne m'y oppose pas. Mais il admet un tempérament scrofuleux. Or, en cela, je ne puis plus être de son avis. En effet, s'il y a quelque chose de bien établi en médecine, c'est que le tempérament, bien que disposant souvent aux maladies, n'est pas par lui-même un état pathologique. Il n'en est pas de même pour les conditions dans lesquelles se trouve un scrofuleux; elles constituent un état vraiment pathologique. On lui donnera le nom que l'on voudra, pourvu qu'on ne l'appelle pas tempérament scrofuleux ; je n'ai rien de plus à dire sur ce point. J'ajouterai seulement que chez les sujets qui présentent les conditions morbides dont il s'agit, l'ophthalmie se montre avec des caractères particuliers. Pareille chose se montre chez les sujets atteints d'ophthalmie syphilitique : ce qui faisait dire l'autre jour à M. Lagneau, qu'en regardant seulement l'œil d'un de ses malades il était sûr de reconnaître souvent la nature spéciale de l'affection.

Maintenant un mot sur les faits de détail, malgré mon peu de disposition à vous en entretenir. M. Bérard m'en fournira l'occasion ; il pense que l'affection du corps ciliaire doit donner lieu à des symptômes particuliers. C'est aussi mon avis, et voici sur quoi je me fonde.

Ainsi que plusieurs anatomistes l'ont déjà dit, le corps ciliaire est un véritable ganglion ; au moins m'a-t-il toujours présenté au microscope tous les caractères du tissu nerveux. Il se continue manifestement avec la lame antérieure, entièrement nerveuse aussi, celle de l'iris, dont la lame postérieure est une continuation des procès ciliaires, comme elle, d'une structure purement nerveuse. A la petite circonférence de l'iris, ces deux lames s'unissent par des anses anastomotiques qu'il est très-facile de voir chez le lapin. Partout ailleurs, elles sont séparées l'une de l'autre par un lacis vasculaire non interrompu, qui forme une troisième couche ou lame d'une nature différente des deux autres. Or, si un organe aussi spécial n'avait pas une manière spéciale de souffrir, il ne resterait pas à la pathologie un seul principe sur lequel elle pût s'appuyer avec confiance. Mais rien de pareil, fort heureusement, n'est à redouter. Loin de là, le fait dont M. Gerdy a cru pouvoir se faire un appui, doit, comme une foule d'autres, nous convaincre qu'il est indispensable, malgré la difficulté de la tâche, d'établir des distinctions nombreuses en ophthalmologie. Aussi leur nombre va-t-il toujours croissant, et voyons-nous dans cette circonstance, comme dans toutes celles qui se rattachent à l'étude des sciences naturelles, la victoire, c'est-à dire la vérité, toujours être du côté de ceux qui distinguent le plus et le mieux.

Condillac, à qui l'on peut sans doute à bon droit refuser une grande portée, mais non pas une grande justesse d'esprit, enseigne qu'un livre bien fait doit être le développement d'une proposition. Si cela est d'un ouvrage de longue haleine, ce doit l'être à plus forte raison pour un discours ou pour une dissertation scientifique d'une petite étendue. D'après cela, il doit être facile à quiconque possède bien son sujet de reproduire à la fin, en manière de conclusion, la proposition qui lui sert de base.

Pour ma part, je ne serais pas fâché de voir nos discours soumis à une épreuve que plus d'un beau parleur a pu trouver difficile à supporter, en s'entendant dire par Napoléon, pressé d'en finir : *Quelle est votre conclusion?* Sa majesté aimait aussi à dire que la répétition est la plus éloquente des figures de rhétorique. Par toutes ces raisons, vous me permettrez, j'espère, de répéter la proposition sur laquelle repose ma petite dissertation : La vérité est toujours du côté de ceux qui distinguent le plus et le mieux.

Séance du 9 juillet.

Morve aiguë communiquée du cheval à l'homme par morsure. — M. Landouzy : Il s'agit d'un vigneron qui s'aperçut, quinze jours après avoir

acheté un cheval, en janvier 1843, que l'animal était atteint de la morve. La maladie fut communiquée à un âne qui habitait la même écurie. Pour ingérer des boissons et des médicaments à son cheval, le vigneron écartait violemment les mâchoires de son cheval à l'aide d'une corde. Un jour, la corde casse, et les mâchoires, se refermant brusquement, font une blessure à la joue du vigneron. Deux jours après, c'était le 20 décembre, tous les accidents de la morve aiguë se manifestent : éruption pustuleuse, jetage très-abondant, dypsnée, matité des poumons, diminution du murmure respiratoire, abcès, etc., et au milieu de tous ces symptômes un phénomène non encore décrit, savoir, l'opacité des cornées. Le malade mourut le 2 janvier. A l'autopsie, on trouve une éruption abondante sur le thorax et l'abdomen, les bronches couvertes d'une éruption miliaire, le poumon criblé d'abcès, le foie et la rate manifestement augmentés de volume; dans les intestins, une éruption miliaire au-dessous et au dessus du cœcum, et dans le cœcum lui-même sept ulcérations, altération non encore décrite.

En résumé, cette observation est remarquable par les circonstances suivantes : 1° inoculation de la morve par morsure ; 2° parmi les symptômes, opacité de la cornée ; dans les altérations anatomiques, les ulcérations du cœcum.

M. Nacquart demande si l'on n'a pas cautérisé la morsure et pourquoi on ne l'a point fait. Il regrette qu'on n'adopte pas cette pratique pour les morsures faites par des chevaux morveux comme on le fait pour les morsures des chiens enragés.

M. Landouzy : Le malade en question a été cautérisé avec le beurre d'antimoine; mais comme il n'a appelé des secours que trois ou quatre jours après l'invasion des accidents, la cautérisation pratiquée aussi tard n'a eu aucun effet.

M. Nacquart pense qu'il y a toujours lieu de cautériser, si tard que ce soit, et que l'on doit recourir de préférence au feu.

M. Barthélemy : Qu'est devenu le cheval ?

M. Landouzy : Il a été abattu.

M. Barthélemy : Sait-on depuis combien de temps il était malade ?

M Landouzy : Sa maladie remontait à plusieurs mois.

M. Barthélemy : C'était par conséqcent une morve chronique. Un animal atteint de morve chronique peut donc communiquer une morve aiguë ; j'insiste sur ce fait, parce qu'il prouve que c'est à tort que l'on a voulu distinguer la morve chronique de la morve aiguë, et faire de ces deux formes de la même maladie deux maladies différentes.

M. Londe : Je ferai la même réflexion que M. Nacquart au sujet de la cautérisation : je ne diffère seulement d'opinion avec lui qu'en ce que je crois que la cautérisation doit être faite immédiatement, sinon elle deviendrait inutile.

M. Nacquart : Nous ignorons quelle est la durée de la période d'incubation de la morve, par conséquent je suis d'avis qu'on doit cautériser dans tous les cas et quel que soit le temps écoulé depuis la morsure.

Ablation de la rate. — M. Berthet (de Gray) lit une observation très-curieuse d'ablation de la rate sur l'homme.

Un individu reçoit dans une rixe un coup de couteau dans le flanc gauche; l'auteur, appelé huit jours après l'accident, reconnaît une tumeur considérable formée par la rate, qui exhalait une forte odeur de putréfaction. Il l'excisa, et après des pansements méthodiques le malade guérit et vécut treize ans et demi. Les digestions se faisaient généralement bien, ce qui fait supposer que la rate n'est pas un organe plus essentiel à la vie chez l'homme que chez les animaux auxquels les vivisecteurs l'enlèvent. Au bout de ce temps, il périt de pneumonie. A l'autopsie, on ne trouva qu'une très-faible partie de la rate, grosse comme une aveline, appliquée sur les parois extérieures de l'estomac.

Fistules vésico-vaginales. — Le même médecin lit trois observations de guérison de fistules vésico-vaginales obtenue à l'aide de la cautérisation et de l'insufflation. Son procédé consiste, après les préparations de rigueur, à insuffler la vessie d'une manière incessante pendant toute l'opération, et à faire saillir la fistule et écarter ses lèvres dans le vagin, par où ces fistules sont seulement attaquables; et alors au moyen d'un cautère incandescent, il ravive les bords de la plaie, puis, par les cautérisations avec le nitrate d'argent, et des tamponnements avec des cylindres de coton cardé placés avec le spéculum, il termine le traitement chirurgical.

Il a soin de placer ses malades dans une position telle, qu'il est impossible à l'urine d'arriver aux bords de la plaie, de les irriter, et d'empêcher ainsi leur réunion. M. Berthet ajoute, comme complément nécessaire à son traitement, un régime alimentaire qui a une efficacité d'autant plus prompte qu'il est plus sévère. Par exemple, il ne donne de boissons à ses malades que par cuillerée à café, et encore à de longs intervalles ; puis il ne fait manger que des aliments secs, tels que le pain rassis ou torréfié, ou du biscuit et des viandes blanches bouillies ou rôties, le tout en petite quantité.

Ce régime sévère favorise le but de son auteur en diminuant d'une manière notable la quantité de l'urine, seul obstacle à la guérison de ces graves infirmités, qui résultent ordinairement d'un travail trop pénible et trop prolongé de l'accouchement. Sur quatre cas de fistules vésico-vaginales assez considérables, il en a guéri trois.

SÉANCE DU 16 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Arsenic des terrains de cimetières. — M. Ollivier (d'Angers) : Il y a deux ans, M. Orfila lut devant l'Académie un mémoire dans lequel, entre autres propositions, on trouvait celle-ci : l'arsenic étant insoluble dans l'eau, il est impossible qu'un cadavre enterré dans un terrain arsenical puisse être pénétré par cet agent. Ce que M. Orfila donnait alors comme un résultat de la théorie vient d'être pleinement confirmé. Voici comment :

Un homme devenu veuf est accusé par la rumeur publique d'avoir empoisonné sa femme; l'autopsie démontre qu'elle a dû succomber à des lésions indépendantes d'un empoisonnement. Mais une femme, dans l'intention d'épouser cet homme veuf, empoi-

sonne son mari. A l'autopsie de cet homme, on trouve des traces évidentes d'arsenic. Des différends élevés entre les experts font renvoyer l'affaire; nouvelle exhumation du cadavre de cet homme, dont les viscères sont envoyés à Paris avec de la terre de la fosse, reconnue arsenicale. L'appareil de Marsh donna des marques irréfragables d'arsenic dans le foie. La justice ordonna aussi l'exhumation du cadavre de la femme. Quoique ce cadavre eût séjourné plusieurs mois dans un terrain arsenical, il a été impossible à l'analyse d'en retrouver la moindre trace.

Ce fait vient parfaitement confirmer les prévisions de M. Orfila. Tout en constatant la réalité de l'existence des terrains arsenicaux, il prouve que cette circonstance ne peut en aucune façon entraver la marche de la justice, car l'insolubilité de l'arsenic contenu dans les terres des cimetières s'oppose à ce que les cadavres s'en imprègnent.

M. Roux : Comment M. Ollivier explique-t-il la présence de l'arsenic dans les terrains des cimetières.

M. Ollivier : La présence de l'arsenic dans ces terrains peut avoir plusieurs causes diverses. On sait, depuis les recherches de M. Chevallier et celles de M. Orfila, qu'il n'est pas rare de trouver de l'arsenic dans les terrains des cimetières : cet arsenic provient le plus souvent d'anciens débris ; aussi est-ce le plus ordinairement dans des terrains d'alluvion qu'on le rencontre. Il en existe toutefois dans certains terrains à l'état natif. M. Ollivier cite une localité dont le nom nous échappe, dans laquelle on exploite à ciel ouvert une mine de fer arsenical. Enfin, une dernière circonstance qui peut expliquer la présence de l'arsenic dans certains terrains, c'est l'habitude où l'on est encore dans quelques localités de chauler le blé avec de l'arsenic.

M. Boullay : La présence de l'arsenic dans les terrains dont on parle me paraît inexplicable, je demanderai à quel état on l'y trouve.

M. Chevallier : Il existe de l'arsenic naturel dans plusieurs localités. A Ste-Marie-aux-Mines, dans le département des Vosges, il s'en trouve une grande quantité. En général, lorsqu'on trouve de l'arsenic dans des terrains voisins de petites localités, on ne peut pas chercher à en expliquer la présence par des dépôts accidentels de débris qui contiendraient cette substance. Ce n'est qu'à Paris où il se fait une énorme consommation de préparations arsenicales dans les arts industriels, ou dans les environs des grandes villes, qu'on peut trouver ainsi de l'arsenic dans des terrains de transport. Mais dans les petites localités où l'on ne peut admettre cette circonstance, il faut chercher l'explication de la présence de l'arsenic dans des conditions géologiques qu'il serait du plus grand intérêt de bien étudier.

M. Orfila : La question qui vient d'être soulevée renferme un double problème dont j'ai cherché la solution dans un mémoire que j'ai eu l'honneur de lire dans le temps devant l'Académie. Voici les deux questions que je me proposais alors de résoudre : Un cadavre empoisonné par l'arsenic peut-il rendre l'arsenic qu'il contient à la terre qui l'environne? Je résolus cette question affirmativement. Un terrain arsenical au milieu duquel est plongé un cadavre, peut-il transmettre à ce cadavre une partie de l'arsenic qu'il recèle? Ma réponse fut négative. Quant à la présence accidentelle de l'arsenic dans les terrains des cimetières, dont a parlé M. Ollivier, on se rappelle que j'ai été l'un des premiers à la signaler. Je ne reviendrai pas sur la première question, qui n'est pas actuellement soulevée; je me borne pour le moment à faire remarquer que mes prévisions sur la question de l'impossibilité de transmission de l'arsenic de la terre au cadavre se trouvent vérifiées par le fait que vient de rapporter M. Ollivier.

M. Chevallier : Je demanderai à ajouter un mot au sujet de cette dernière question. On a récemment signalé l'existence du cuivre dans les os des personnes qui travaillent cette substance. En faisant de nouvelles recherches sur ce sujet, on a trouvé du cuivre dans le terrain du cimetière d'une localité où l'on travaille beaucoup ce métal, et qui contient par conséquent un grand nombre d'ossements d'ouvriers qui ont passé leur vie à ce genre de travail. C'est là un fait très-curieux sur lequel je me propose de revenir, à l'occasion d'un rapport que je ferai à l'Académie sur ce sujet.

— M. Jobert est appelé à la tribune pour un rapport.

M. Velpeau : Je demanderai si la question de l'ophthalmologie doit être considérée comme terminée ou non. Pour ma part, je réclamerais contre cette dernière interprétation. Cette question ne peut pas rester ainsi en suspens, elle est aujourd'hui plus embrouillée que jamais...

M. Cornac : Je demande qu'on affecte des séances extraordinaires à la suite de cette discussion.

M. Gerdy insiste pour que la discussion continue et qu'elle ne soit plus interrompue désormais. Il annonce que, pour terminer plus promptement, il a rédigé les conclusions par lesquelles il se propose de résumer toute son argumentation.

M. Rochoux appuie la reprise de la discussion, sauf à renvoyer à une séance extraordinaire si elle n'est pas terminée dans cette séance.

MM. Velpeau, Nacquart et Roux s'opposent au renvoi demandé.

M. Roux déclare en outre renoncer à la parole et la réclame en faveur de M. Velpeau pour résumer la discussion.

La proposition du renvoi est mise aux voix et rejetée; en conséquence la discussion est remise à l'ordre du jour. La parole est à M. Gerdy.

Suite et fin de la discussion sur l'ophthalmologie. — M. Gerdy résume ce qu'il a dit dans les précédentes séances dans les conclusions suivantes :

Il faut dans l'exposition des ophthalmies, comme il le faut en général dans l'exposition des autres maladies, commencer par une description générale de toutes les affections de la même espèce, pour passer ensuite à leurs modifications.

Ces distinctions doivent plutôt être désignées sous le nom de *modes* que sous celui d'*espèces*, parce que, dans les sciences, les espèces sont des distinctions plus larges qui réclament un plus grand nombre de caractères particuliers et de différences plus profondes que les modes, dont l'expression, étant inusitée et plus vague, est plus propre à indiquer

des différences variées et inégales par leur importance.

Il faut puiser successivement les distinctions des ophthalmies à tous les caractères qui fournissent des différences notables à la pathologie ; dans les causes, dans les caractères anatomiques, dans les symptômes, dans la marche et les terminaisons des maladies. Toutes ces différences, en effet, sont importantes, et quoiqu'elles le soient à des degrés divers, il n'y a pas de motifs pour tenir compte seulement de quelques-unes et pour négliger les autres. Ce serait s'exposer à perdre certainement des vérités lumineuses et des conséquences pratiques utiles.

Si, contrairement à la raison, on persistait à vouloir distinguer les ophthalmies uniquement d'après un seul caractère, ce serait plutôt d'après la nature patente des ophthalmies que d'après la nature des tissus lésés qu'il faudrait les distinguer les unes des autres. Le siége n'est pas tiré de l'essence de la maladie ; c'est évidemment un caractère relatif, jusqu'à un certain point étranger à la maladie dont l'existence est tellement indépendante de la diversité de texture, qu'elle peut se montrer dans tous les tissus de l'œil.

Si l'on suivait la doctrine ophthalmologique qui tend à s'établir en France, et qui sous certains rapports paraît plus vicieuse que la doctrine allemande; si l'on proclamait, comme l'a fait M. Bérard, qu'il faut uniquement distinguer les ophthalmies d'après la nature des tissus affectés ; si l'on voulait rester conséquent à ce principe, voyez à quelles conséquences on serait conduit? Ou bien on supprimerait les distinctions des causes, des symptômes et de la marche des maladies, et on ne parlerait ni des ophthalmies scrofuleuses, rhumatismales, syphilitiques, ni des ophthalmies légères, intenses ou très-intenses, ni des ophthalmies aiguës, chroniques ; ou bien on les subordonnerait aux distinctions de siége et en faisant des subdivisions de conjonctivite, de kératite, d'iritis, etc., que l'on distinguerait sous les noms de scrofuleuse, rhumatismale, syphilitique, etc. Alors on trouverait une foule de tableaux pathologiques où l'on partagerait arbitrairement les symptômes entre les inflammations, de manière à distinguer dans les livres des espèces et des variétés qui ne seraient pas distinctes dans la nature. C'est ce qui est arrivé pour presque toutes les ophthalmies, pour les conjonctivites purulentes, pour la kératite et surtout pour les inflammations internes et profondes de l'œil, dont on ne peut apprécier l'isolement et la circonscription, ni par les yeux (parce qu'on ne peut voir convenablement les tissus malades), ni par les symptômes (parce qu'ils développent à tout instant des irritations de voisinage dans les divers tissus de l'œil et même dans les parties voisines).

Enfin, il y a tant d'arbitraire et d'inexactitude dans les descriptions ophthalmologiques de nos jours, qu'à chaque instant les auteurs tombent en désaccord et ne peuvent parvenir à s'entendre. Est-il possible d'être ainsi en désaccord sur la vérité ? Ce fait ne démontre-t-il pas jusqu'à l'évidence la vanité de la doctrine nouvelle et de la méthode qui l'a engendrée ?

M. Velpeau, après avoir rectifié la fausse interprétation donnée au mot d'épidémie d'ophthalmie scrofuleuse, contenu dans son rapport, interprétation contre laquelle l'auteur du mémoire a lui-même réclamé, s'exprime à peu près ainsi :

Je n'aurai que peu de choses à répondre aux questions ou aux objections qui m'ont été adressées par MM. Roux, Martin-Solon, Castel et Rochoux ; cette réponse se trouvera d'ailleurs comprise dans les considérations dans lesquelles je vais entrer. M. Bérard a raisonné d'après la doctrine que je professe ; à l'exception d'un seul point relatif à la photophobie, nous sommes complétement d'accord. Je n'aurai donc rien à démêler avec lui. J'aurai à m'occuper principalement de l'argumentation de M. Gerdy. Je ferai d'abord à son égard une remarque, c'est que M. Gerdy a presque toujours affecté de diriger sa critique contre les Allemands, bien qu'en réalité elle s'adressât souvent à moi-même. Je ne sais pourquoi ce détour ; il était inutile entre nous et dans une discussion purement scientifique. Il y a bien des choses dans ce qu'a dit M. Gerdy ; de là une confusion qui ne m'a pas toujours permis de saisir sa pensée. Il m'a semblé qu'il était tantôt pour, tantôt contre la doctrine allemande. Quoi qu'il en soit, la première objection qu'il oppose à la doctrine que je professe, c'est de commettre une omission importante, en n'admettant d'autres distinctions que celles fondées sur le siége anatomique des ophthalmies, et ne tenant point compte de leur nature ; mais il n'y a là aucune omission, puisqu'il est convenu qu'il s'agit, dans tous les cas, d'une inflammation. S'élevant contre la considération du siége des maladies en général, M. Gerdy nous dit que dans une hémorrhagie, par exemple, c'est l'écoulement du sang qu'il faut surtout prendre en considération et non le lieu par lequel il se fait. C'est une grande erreur : la gravité d'une hémorrhagie dépend principalement du point où elle a lieu ou des parties dans lesquelles le sang s'épanche ; et c'est de ces circonstances mêmes que se déduisent les moyens à lui opposer. Qui n'est d'ailleurs convaincu aujourd'hui que la nature d'une maladie étant connue, la thérapeutique se modifie en raison du siége qu'elle affecte ?

M. Gerdy a dit que c'étaient à peu près toujours les mêmes causes qui produisent indistinctement une conjonctivite, une kératite ou une iritis. Cela n'est pas exact. Il y a des ophthalmies qui sont produites par l'influence atmosphérique, telles sont les conjonctivites épidémiques, par exemple ; mais on ne voit jamais des kératites naître sous l'influence des mêmes causes ; la kératite ne se montre jamais épidémiquement, par la raison que les épidémies affectent en général de préférence les membranes muqueuses. Il a dit ensuite qu'il fallait tenir compte de certaines conditions particulières, telles que la constitution des sujets, l'âge, l'hérédité, etc. Mais je n'ai jamais nié cela. Ce sont là de ces considérations qui rentrent dans la pathologie générale et dont il ne peut être question à propos des ophthalmies ; on doit d'ailleurs les supposer connues. L'inflammation, a-t-il ajouté, passe facilement d'un tissu à un autre. Sans doute, ce qui se passe dans les tissus de l'œil ne diffère en rien, à cet égard, de ce qui a lieu dans les autres organes ; on voit tous les jours l'inflam-

mation se propager de la plèvre aux poumons, du péritoine à la muqueuse intestinale. On n'en admet pas moins pour cela une péritonite et une entérite distinctes, une pleurésie et une pneumonite, etc. De ce que l'inflammation se propage effectivement parfois de la conjonctive à la cornée, de là à l'iris, ce n'est pas une raison pour qu'elle ne puisse rester circonscrite dans l'une ou l'autre de ces membranes. M. Gerdy lui-même ne pourrait nier que des conjonctivites les plus intenses, même purulentes, guérissent quelquefois sans qu'il reste après elles la moindre trace d'inflammation de la cornée ou des autres membranes de l'œil.

M. Gerdy est arrivé ensuite à la question des ophthalmies spécifiques. C'est là que j'ai été surpris, après l'avoir entendu annoncer qu'il allait combattre à outrance les idées allemandes, de le voir admettre presque toutes les distinctions de Beer et de son école.

Ici M. Velpeau énumère et examine successivement les principales espèces d'ophthalmies spécifiques admises par les auteurs allemands, telles que l'ophthalmie rhumatismale, goutteuse, syphilitique, scrofuleuse, hémorrhoïdale, etc. Et que l'on ne croie pas, ajoute-t-il, que ces sortes d'ophthalmies ne soient admises que sur une simple coïncidence avec telle maladie générale : à chacune d'elles on assigne des caractères locaux, une distribution spéciale des vaisseaux injectés, etc. J'ai voulu voir par moi-même depuis un grand nombre d'années ce qu'il en était de cette doctrine ; j'ai bien vu qu'il y avait des colorations différentes, des injections variées, des degrés divers de densité de tissu, mais que ces caractères anatomiques dépendaient uniquement de la nature du tissu malade et non de telle ou telle cause morbide particulière. Ainsi les caractères qu'ils ont assignés à l'ophthalmie catarrhale sont tout simplement ceux de la conjonctivite; l'ophthalmie rhumatismale n'est autre chose qu'une iritis ou une kératite, etc. Je viens de prononcer le mot d'iritis, je ne comprends pas comment M. Gerdy peut nier son existence. L'inflammation de l'iris a des symptômes, une marche, un mode de terminaison qui ne permettent de la confondre avec aucune autre des maladies de l'œil ; on la voit naître, se développer et parcourir toutes ses phases, sans que l'on puisse apercevoir la moindre trace d'inflammation dans les autres tissus. L'existence de l'iritis est donc incontestable ; ce n'est pas moi d'ailleurs qui l'ai décrite le premier, c'est M. Gimelle qui l'a fait connaître l'un des premiers en France. Mais les ophthalmologistes allemands sont allés beaucoup plus loin : ayant remarqué que dans l'iritis la pupille affectait des formes différentes, ils ont assigné à chacune de ces formes une cause spécifique particulière. Ainsi, suivant que la pupille était élargie en travers, ou oblongue de bas en haut, ils en ont fait une iritis tantôt rhumatismale, tantôt syphilitique, etc. En examinant de près, qu'ai-je vu ? C'est que la pupille se déforme de telle ou telle manière, suivant le degré de l'inflammation et l'étendue des adhérences qui en résultent.

Quant à l'ophthalmie scrofuleuse, je ne l'admets pas. A entendre les ophthalmologistes, ce serait la forme d'ophthalmie la plus fréquente; ils lui assignent la photophobie comme un de ses principaux caractères. Mais j'ai déjà démontré par un grand nombre d'observations que la photophobie est le symptôme de la kératite ulcéreuse : elle a lieu, dans ce dernier cas, au moins dix-huit fois sur vingt. D'un autre côté, ne voit-on pas cette photophobie se manifester chez des sujets de tout âge, de tout tempérament, indistinctement ? Enfin les sujets lymphatiques n'offrent-ils pas également toutes les autres formes de l'ophthalmie ? Non-seulement, je le répète, je n'admets pas d'ophthalmie scrofuleuse, mais je n'admets pas même des scrofules... (Oh ! oh !)

Examinant ensuite successivement les différentes ophthalmies dites spécifiques, telles que l'ophthalmie goutteuse, arthritique, rhumatismale, etc., M. Velpeau nie également leur existence ; la seule ophthalmie qu'il admette à titre de spécifique est la syphilitique. Il n'y a rien, dit-il, de spécial, rien de particulier dans les autres ; il n'est donc pas nécessaire de recourir à des principes scrofuleux, goutteux, rhumatismaux, tout aussi imaginaires les uns que les autres, tandis que les localisations différentes rendent suffisamment compte des différences observées.

Quant à la thérapeutique, elle devrait être considérée d'une manière générale, suivant M. Gerdy, le même traitement convenant à toutes les formes d'ophthalmie. Je lui demanderai s'il pense sérieusement que la ponction de l'œil, par exemple, dont il a parlé, uniquement indiquée pour les cas d'ophthalmite ou d'inflammation générale du globe de l'œil, puisse convenir à quelque autre forme que ce soit ; emploierait-il le nitrate d'argent, si efficace dans les conjonctivites, contre la kératite ou l'iritis ? Evidemment, non.

Qu'ai-je voulu en établissant la classification des ophthalmies d'après leur siége ? appliquer aux maladies de l'œil ce que l'on fait depuis longtemps pour les autres maladies.

En résumé, dit en terminant M. Velpeau, je ne partage ni les opinions des Allemands ni celle de M. Gerdy, ni sur la spécificité des ophthalmies, ni sur la nécessité de les considérer d'une manière générale. Pour moi, les ophthalmies diffèrent, 1° selon le tissu qu'elles affectent ; 2° secondairement, selon les circonstances particulières d'âge, de constitution dans lesquelles l'individu affecté se trouve placé ; 3° enfin leurs symptômes, leurs caractères, leur marche, leur terminaison et leur traitement diffèrent d'après leur siége.

SÉANCE DU 25 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

Liqueur de Fowler. — M. Bally : Il a été dit, au sujet des propriétés toxiques des préparations médicinales d'arsenic dans certaines relations du procès d'Auch, qu'une seule goutte de la liqueur de Fowler pouvait suffire pour empoisonner cinq ou six personnes. S'il en était ainsi, j'aurais dû en empoisonner un grand nombre, car j'ai administré assez souvent ce médicament jusqu'à 20 et même 25 gouttes ; mais, loin de là, cette dose élevée n'a jamais produit sous mes yeux aucun accident. Je m'explique du reste cette innocuité par la proportion très-minime d'arsenic que contient cette liqueur.

Si je ne me trompe, en effet, la liqueur de Fowler se compose de la manière suivante :

Pr. : Eau distillée.	250	grammes.
Acide arsénieux. . . .	2	
Carbonate de soude. . .	2	
On ajoute : Eau de lavande. .	30	

D'où l'on voit que l'arsenic administré sous cette forme se trouve à une dose presque homœopathique.

M. Guibourt : La liqueur de Fowler contient 1/125 d'arsénite de potasse; 25 gouttes contiendraient par conséquent 1/6 de grain de ce sel. La liqueur de Paerson contient beaucoup moins d'arsenic encore; il ne s'y trouve guère que dans les proportions de 1/500. La liqueur de Paerson peut donc être administrée à des doses plus élevées que la liqueur de Fowler.

M. Dubois (d'Amiens) fait remarquer que l'erreur à laquelle M. Bally fait allusion est du fait des journaux politiques et non des journaux de médecine, qui l'ont rectifiée.

Propriétés hémostatiques du suc d'ortie. — M. Mérat fait un rapport sur une communication de M. Ginestet, officier de santé à Castel-Sarrazin, ayant pour objet de faire connaître les propriétés hémostatiques du suc d'ortie. Il résulte de plusieurs observations consignées dans ce travail, et dont le rapporteur fait une rapide analyse, que le suc d'ortie donné, dans plusieurs cas d'hémorrhagie utérine, à la dose de 2 à 4 onces, a produit un ralentissement considérable et rapide de l'hémorrhagie, et, dans quelques cas, une cessation complète en peu de temps et après une seule administration du médicament. Le rapporteur pense que ce médicament, usité autrefois, tombé dans l'oubli, et remis en usage par M. Ginestet, mérite d'être de nouveau expérimenté. Il propose en conséquence de publier un extrait du travail de M. Ginestet dans le *Bulletin*, et de lui adresser des remercîments.

M. Capuron demande si le suc d'ortie est employé pur. — Oui.

M. Londe rappelle à cette occasion qu'une substance qui est généralement préconisée dans des circonstances toutes contraires à celles-ci, la sabine, convient également dans les hémorrhagies.

M. Gérardin : On a successivement préconisé un grand nombre de moyens contre les hémorrhagies utérines; mais toutes les fois qu'on en est venu à l'application, il a fallu presque toujours y renoncer ou rabattre considérablement de leur prétendue efficacité. Je crains bien qu'il n'en soit autant du suc d'ortie que l'on propose maintenant. Si l'on analyse les observations qui viennent d'être rapportées, on voit d'abord que ce médicament a été administré dans des conditions différentes; d'un autre côté, on ne dit rien de l'état de l'utérus, on ne dit pas s'il y avait inertie ou si l'utérus était ou non distendu par du sang accumulé dans sa cavité, etc. En un mot, les observations manquent tout à fait des détails nécessaires pour en tirer une conclusion quelconque. Je pense donc que pour porter un jugement motivé sur l'efficacité de cette substance, il faudrait avoir des observations plus précises, mieux détaillées et prises dans des conditions semblables.

M. Mérat : Les observations manquent, il est vrai, de détails; mais les faits principaux qu'elles ont pour but d'établir n'en sont pas moins réels. J'ai pensé qu'elles étaient au moins suffisantes pour autoriser à répéter les expériences.

M. Gérardin : Lorsqu'il s'agit d'observations détaillées, de résultats précis, oui, sans doute, il faut expérimenter; mais lorsqu'on n'a d'autres indications que des observations incomplètes, je suis d'avis que c'est s'engager dans une mauvaise voie d'expérimentation.

M. Cloquet fait, à cette occasion, quelques observations relatives au phénomène de l'urtication. On a dit que l'urtication était produite par une espèce de crochet qui termine une vésicule semblable à celle qui existe à la racine des dents des vipères. J'ai examiné avec soin, dans le temps, cette disposition, et j'ai toujours vu que la feuille de l'ortie se terminait par un poil soyeux, tubiforme, analogue à ceux de certains cactus et qui se casse pendant l'urtication; mais je déclare n'avoir jamais vu le crochet en question. Je désirerais que les personnes qui sont à même de faire des recherches de ce genre vérifiassent le fait.

M. Mérat : L'opinion que vient d'émettre M. Cloquet était l'opinion la plus généralement reçue jusqu'ici; mais des recherches plus récentes, et notamment celles de M. de Jussieu, ont mis depuis hors de doute la disposition dont il s'agit, c'est-à-dire l'existence dans *l'urtica urens* d'une liqueur corrosive, dans une vésicule surmontée d'un crochet.

M. Velpeau pense, comme M. Gérardin, que les observations de M. Ginestet ne sont pas assez complètes pour être concluantes. D'un autre côté, tout le monde sait que l'ortie est un astringent et qu'à ce titre elle peut-être utile dans les cas d'hémorrhagies; mais il ne croit pas qu'elle ait une propriété hémostatique spéciale. Il ne s'oppose pas du reste à la publication.

M. Loiseleur Delongchamps : Le suc de la vésicule de l'ortie n'entre probablement pour rien dans les propriétés qu'on attribue à cette plante, car il ne s'y trouve que dans de très-petites proportions; c'est le suc de la plante même qui agit et non celui de la vésicule.

M. Moreau partage l'opinion émise par MM. Gérardin et Velpeau. Il y aurait, dit-il, de la témérité à tenter un moyen aussi douteux dans des cas d'hémorrhagies graves, foudroyantes, qui réclament des secours prompts et efficace. (L'ordre du jour.)

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Morsure de vipère. — M. Duméril fait, en son nom et celui de M. Bérard, un rapport officiel sur un cas de morsure de vipère, guérie par un caustique.

Il résulte de l'analyse de l'observation à laquelle se livre le rapporteur, que rien ne prouve que les piqûres dont il est question aient été produites par une vipère, et que l'efficacité prétendue du caustique dans cette circonstance est par conséquent sans valeur.

Le rapporteur conclut au dépôt pur et simple de l'observation aux archives.

M. Bally : M. le docteur Rome a proposé contre les piqûres de vipères un moyen que je crois utile

de rappeler ; il consiste à maintenir la partie du corps piquée devant un foyer ardent jusqu'à ce qu'il en résulte la rubéfaction. J'ai vu ce moyen suivi de la cessation immédiate des accidents.

M. Prus : Dans une circonstance semblable, n'ayant dans le moment d'autre agent à ma disposition qu'un flacon d'ammoniaque, j'eus recours à l'emploi de cet agent à l'intérieur. Le blessé était déjà enflé non-seulement du membre piqué, mais de tout le corps, il y avait de la dyspnée ; il était dans l'état le plus alarmant. Ce moyen seul suffit pour faire cesser tous les accidents et amena une prompte guérison. Je crois qu'il faut être très-réservé sur les effets attribués à la cautérisation. Pour moi, ces effets ne me paraissent pas jusqu'à présent bien démontrés. J'appuie les conclusions du rapport.

Tumeurs contenant des vers. — M. Duméril fait un rapport verbal sur une série d'observations communiquées par M. Graviani, de Bastia (Corse). La première observation est relative à une tumeur de laquelle seraient sortis des vers que l'auteur dit être des tœnias. La sortie de ces vers aurait été suivie d'une guérison spontanée. Dans la deuxième observation, il s'agit d'un abcès contenant des vers lombrics ; enfin, la troisième est relative à un cas de calcul dans les gencives. Ces observations manquant de détails précis et n'étant point accompagnées des pièces pathologiques, le rapporteur ne peut exprimer à cet égard aucune opinion formelle.

M. Moreau émet des doutes sur l'existence réelle de ces animaux dans les tumeurs en question. Les erreurs de ce genre, dit-il, sont très-fréquentes, et il arrive journellement qu'on en commet des plus grossières. Je me rappelle entre autres le cas d'un homme chez lequel on trouva un animal singulier dans les intestins. Cet animal n'était autre chose que le cœcum d'une oie que cet individu avait avalé quelques jours avant sa mort.

Cas d'albuminurie avec strongles dans les urines. — M. Duméril fait un troisième rapport verbal sur un cas d'albuminurie, dans lequel on vit des vers de différentes espèces, des strongles, des tœnias, etc., rendus avec les urines.

M. Nacquart rapporte un fait analogue dont il a été témoin avec M. Lugol. Ils ont pensé que les vers rendus par les urines provenaient d'un kyste qui se serait ouvert dans la vessie.

M. Velpeau : Il est possible que l'on rencontre des vers dans la vessie et par conséquent qu'il en soit rendu avec les urines, mais dans les cas seulement de blessure de cet organe. Il est une autre circonstance qui pourrait en imposer pour l'existence de vers, c'est la présence dans la vessie de caillots décolorés résultant d'une ancienne hémorrhagie. Il existe dans l'île Maurice une maladie particulière caractérisée par la couleur laiteuse de l'urine et qui consiste dans le dépôt de caillots fibrineux, blanchâtres dans la vessie. Ne serait-ce pas un cas analogue qui en aurait imposé pour l'existence de vers au milieu de l'urine ? Je serais d'autant plus porté à le croire qu'il est dit dans l'observation que les reins étaient malades.

M. Martin-Solon : Il serait difficile, d'après cette observation, de dire quelles étaient chez ce sujet les qualités de l'urine, mais on peut affirmer que les matières qu'elles contenaient n'étaient point de la fibrine.

M. Duméril déclare se trouver dans l'impossibilité de résoudre la question. Il fait à cette occasion la proposition qu'à l'avenir, toutes les fois qu'il se présentera un cas douteux, difficile comme celui dont il s'agit, on demande aux auteurs des communications les pièces anatomo-pathologiques.

M. Moreau : Il est une autre circonstance qui peut donner lieu à la présence de vers dans la vessie, et que M. Velpeau a omis de mentionner : c'est l'existence du strongle géant dans le rein, d'où il peut gagner les uretères et de là le réservoir urinaire.

M. Duméril : C'était suivant toute apparence le cas qui s'est présenté chez ce sujet.

M. Ségalas : Je ne puis résister à vous citer le cas suivant comme un exemple des erreurs grossières qui se commettent journellement à cet égard. Je fus appelé par un professeur de Faculté qui m'affirma avoir vu sortir par son canal de l'urètre un cloporte. C'étaient tout simplement des concrétions fibrineuses.

SÉANCE DU 30 JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. FERRUS.

Urtica aculeata. — M. Rochoux lit, à l'occasion du procès-verbal, la note suivante sur le mode d'organisation de l'épine de l'ortie examinée au microscope :

L'habile et ingénieux observateur à qui l'on doit plus des trois quarts de ce que nous connaissons touchant l'anatomie de structure des animaux et des végétaux, l'épicurien Malpighi, a donné une figure très-correcte et une description fort exacte de l'épine de l'ortie (*urtica articulata*), qu'il assure être creuse (1). Mais comment l'est-t-elle ? le voici :

Sur une petite saillie, ayant environ un quart de millimètre d'élévation, s'implante, par une base évasée, l'épine, qui, à partir de ce point, va graduellement en s'amincissant, se termine en pointe et n'a pas plus de deux millimètres de longueur. D'une couleur vitrée, d'une dureté plus que cornée, cette production présente la structure suivante :

Environ un millier de canalicules, qui sont la continuation de ceux du support de l'épine, se prolongent suivant la longueur de celle-ci, en diminuant en nombre à mesure qu'elle s'effile, de sorte qu'un vingtième au plus d'entre eux arrivent jusqu'à sa pointe, où ils se terminent comme feraient les rameaux d'un jonc coupé perpendiculairement. Ces canalicules sont remplis d'un liquide incolore, parfaitement transparent, formé presqu'entièrement de globules arrondis, qui parcourent toute la longueur de l'épine sous forme de courants, dont les uns vont et les autres viennent. Pendant le circuit, des parcelles de ce liquide, s'échappant par les trous de la pointe, s'y prennent en une gouttelette, et lui donnent une forme évasée, qu'elle n'a pas réellement, ce dont il est facile de s'assurer en enlevant la petite concrétion. C'est sans doute à cette circonstance qu'est due la manière différente dont les auteurs décrivent la forme qu'affecte la pointe de l'épine de l'ortie.

Capsules métalliques. — M. Bouilly fait un rap-

(1) Opera omnia, t. I, de pilis et spinis, p. 44.

port sur des capsules métalliques destinées à remplacer le goudronnage des bouteilles, en réponse à une lettre ministérielle. Il propose de répondre au ministre que ces capsules sont bien faites, solides, et qu'elles peuvent être employées avec toute sécurité.

Il s'élève une discussion très-orageuse sur les conclusions de ce rapport.

Après avoir entendu MM. P. Dubois, Royer-Collard, Moreau, Velpeau et quelques autres membres, tous unanimes sur l'incompétence de l'Académie en pareille matière et sur l'usage abusif que l'on pourrait faire de son jugement, l'Académie décide que les conclusions du rapport seront renvoyées à la commission.

Extirpation d'une tumeur cancéreuse de l'S du colon. — M. Jobert (de Lamballe), lit le rapport suivant :

Dans la séance du 7 mars dernier, vous avez chargé MM. Blandin, Bérard et moi de vous faire un rapport sur un travail de M. Reybard (de Lyon), ayant pour titre : *Mémoire sur une tumeur cancéreuse affectant l'S iliaque du colon ; ablation de la tumeur et de l'intestin ; réunion directe et immédiate des deux bouts de cet organe ; guérison.* L'auteur de cette observation avait demandé à faire devant la commission et sur les animaux les divers essais propres à démontrer la nature de son procédé opératoire et les résultats auxquels il parvenait.

Vos commissaires l'ont vu opérer et ont examiné les pièces anatomiques. Nous avons donc à vous rendre compte aujourd'hui :

1° De l'observation de M. Reybard ;

2° Du procédé opératoire qu'il a mis en usage pour pratiquer l'ablation de la tumeur ;

3° Des expériences qu'il a répétées devant la commission.

Analyse de l'observation. Le 8 avril 1833, M. le docteur Reybard fut appelé auprès d'un homme âgé de 28 ans, qui souffrait depuis plusieurs années ; le mal avait surtout pris de l'accroissement pendant les six mois qui précédèrent l'opération. Les symptômes principaux consistaient en coliques vives et répétées, accompagnées de quelques douleurs lancinantes dans la région hypogastrique du côté gauche, qui donnaient lieu à un malaise continuel, lequel augmentait chaque jour.

Quand M. Reybard l'examina pour la première fois, il nota ces différents signes, et, de plus, reconnut par l'inspection que le ventre avait un volume énorme qui simulait exactement au premier abord une abondante hydropisie. Par la palpation, on distinguait dans la fosse iliaque gauche une tumeur dure, grosse comme une pomme ordinaire, profondément située et paraissant mobile sous les doigts et non adhérente aux parois abdominales. Le développement du ventre était dû à des gaz, et on pouvait suivre le trajet du colon qui se dessinait sous la peau et se faisait sentir plus distinctement que dans l'état normal. Le malade avait des éructations, et pourtant son appétit était conservé. Les selles étaient rares et aucun gaz ne s'échappait par l'anus. Mais il en sortait habituellement une matière sanguinolente, puriforme, dont l'émission donnait lieu à de fréquents ténesmes.

Les lavements émollients, quoique donnés en petite quantité, étaient difficilement supportés.

Le toucher par le rectum ne faisait reconnaître aucune tumeur accessible à l'examen direct.

Le malade avait maigri, et depuis quelque temps il avait tous les jours du frisson et les nuits se passaient sans sommeil. Ces derniers symptômes s'étaient surtout accrus depuis trois mois, époque où, dit l'auteur de l'observation, la tumeur s'était convertie en un abcès qui avait été annoncé par une évacuation de pus, à la suite de laquelle la douleur locale avait sensiblement diminué.

M. Reybard, se fondant sur les résultats de la palpation, et éclairé par les symptômes rationnels, en conclut qu'il y avait dans ce point une tumeur carcinomateuse, et qu'elle occupait évidemment l'S iliaque du colon.

Persuadé de l'incurabilité du mal si on l'abandonnait à lui-même, il se décida à pratiquer une opération, et ce fut le 2 mai qu'il y procéda de la manière suivante :

Le malade étant couché sur le dos, M. Reybard fait au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure, parallèlement à la crête et à un pouce d'elle, une incision de 6 pouces, qui divise les tissus couche par couche : des ligatures placées sur les vaisseaux arrêtent le sang aussitôt qu'il s'échappe.

Le péritoine est ouvert avec précaution dans l'étendue de 3 pouces environ.

La tumeur, quoique avec beaucoup de difficulté, est amenée au dehors ; deux ligatures embrassant entre elles une assez grande étendue du mésocolon sont placées pour prévenir une hémorrhagie.

L'intestin est enlevé avec un bistouri dans l'étendue d'environ 3 pouces, et le mésocolon est coupé avec des ciseaux. On lie les artères qui longent l'intestin, et les fils sont conservés longs afin d'être introduits dans la cavité du tube digestif. Avant de commencer la suture, M. Reybard prépare deux aiguilles chargées d'un fil de soie fin et double ; une de ces aiguilles porte, en guise de nœud, un petit rouleau de charpie du volume de la tête d'une épingle : toutes deux sont graissées de cérat.

« Lorsque, dit M. Reybard, j'eus mis en rapport les deux bouts de l'intestin, je les attachai ensemble, près de leur bord mésentérique, avec le fil de la première aiguillée que j'arrêtai par un double nœud. C'est là que la suture à surjet commença. Je prolongeai ensuite celle-ci jusqu'au milieu de la solution de continuité, avec la précaution d'en serrer et d'en rapprocher beaucoup les spirales. Je coupai ensuite le fil à 7 ou 8 lignes de l'intestin ; puis je l'arrêtai, non point en faisant un nœud comme on termine une couture, mais en l'entraînant, c'est-à-dire en le comprenant dans les nouveaux points de suture que je pratiquai avec la deuxième aiguillée de fil dont je me servis pour terminer l'opération.

« Lorsque celle-ci fut achevée, c'est-à-dire lorsqu'elle fut poussée de nouveau jusqu'au bord mésentérique de l'intestin, j'arrêtai le fil en nouant ensemble par un double nœud les deux brins dont se compose l'aiguillée ; toutefois, après les avoir dédoublés et traversé avec l'un d'eux une des lèvres

de la plaie, je n'embrassai à dessein, pour arrêter ce fil, que le côté péritonéal de cette lèvre, afin qu'étant plus vite coupé, la ligature devînt libre plutôt par ce côté de la suture que par l'autre; ce dernier nœud étant fait, je coupai les fils au ras de la plaie. »

La suture terminée, M. Reybard repousse l'intestin profondément dans le ventre pour l'éloigner de la plaie. Celle-ci est réunie par trois points de suture. Le malade garde la position fléchie de la cuisse sur le bassin, et le tronc incliné en avant et à gauche. Le traitement consiste en un régime émollient. Tout se passe bien jusqu'au cinquième jour de l'opération. Survient alors du ballonnement, de la tension, de la douleur; les lèvres de la plaie s'écartent de près de 6 lignes. (Sangsues, cataplasmes, lavements émollients.)

Le septième jour, mieux sensible; il n'y a pas encore eu de selles. On permet un peu de bouillon.

Au dixième jour, on enlève les fils de la suture des parois abdominales, et, à la suite d'un lavement, a lieu une selle abondante; on n'examine pas ce qu'elle pouvait contenir. Le ventre n'est plus douloureux; le mieux continue, et l'état du malade va en s'améliorant.

Trente-huit jours après l'opération, il prenait des aliments solides, allait naturellement à la selle, rendait des vents par l'anus; la cicatrisation de la plaie était complète. Ce ne fut qu'au bout de six mois que ce jeune homme éprouva quelques douleurs lancinantes vagues, de peu de durée, de la gêne, du malaise dans la région iliaque gauche. Mais bientôt les douleurs devinrent plus violentes; on constate le retour de la tumeur, et en même temps une vive sensibilité dans la cuisse et la jambe correspondantes. Joseph Valesnaud garda le lit pendant deux mois, et succomba le 16 mars 1834, environ un an après l'opération.

On ne fit pas l'ouverture du corps. Voici comment M. Reybard décrit la tumeur enlevée : « Elle était grosse comme une pomme de reinette de volume ordinaire, dure, d'un blanc-grisâtre; elle offrait plusieurs tubercules, plus distincts au toucher qu'à l'œil; elle occupait les deux tiers postérieurs du diamètre de l'intestin. Ouverte en avant dans le sens de la longueur, la cavité de l'intestin avait perdu la moitié de son étendue. » M. Reybard n'a pu nous représenter cette pièce, qu'il a lui-même égarée depuis longtemps.

Après avoir entendu l'analyse de cette observation, et sans nous demander si réellement elle contient les éléments nécessaires et propres à démontrer que le malade de M. Reybard était atteint et a été opéré d'un cancer de l'S iliaque du colon; sans nous demander s'il n'y manque pas une foule de détails sans lesquels votre conviction ne saurait être acquise, et en l'absence surtout des pièces pathologiques, vous pensez, Messieurs, que le premier soin de vos commissaires fut de prier M. Reybard de répéter devant eux les essais et les opérations qui l'avaient conduit à agir ainsi, et de leur démontrer comment il opérait.

M. Reybard prévint nos désirs et opéra un certain nombre de chiens par son procédé.

Expériences. — Le 10 mars dernier, sur un chien de petite taille. M. Reybard commence par inciser la ligne blanche dans l'étendue de 1 pouce et demi environ, puis il fait sortir par cette ouverture une portion d'intestin et d'épiploon; celui-ci étant réduit et maintenu, M. Reybard fait deux ligatures dans le mésentère, destinées à arrêter le sang qui doit s'échapper des artères mésentériques lors de la section d'une anse intestinale, en deux points différents et à 2 pouces environ d'intervalle. Cette ablation pratiquée, on procède à la suture telle qu'elle a été décrite plus haut dans l'observation de M. Reybard.

La suture terminée, on réduit l'intestin et on coud la plaie extérieure. Sept chiens ont subi cette opération; la seule différence qui s'est présentée a été dans la nature de la section de l'intestin : ainsi, tantôt elle a été complète, tantôt incomplète et alors transversale ou longitudinale.

Résultat des expériences. (Examen des pièces pathologiques.) — Chien opéré le 10 mars et ouvert le 22. Il n'existe pas d'épanchement libre dans le péritoine; mais on voit un paquet d'anses intestinales réunies entre elles par des adhérences nombreuses et faciles à déchirer. En différents points, l'épiploon est comme greffé sur l'intestin, et le pédicule qui s'y attache est rempli d'arborisations très-déliées; la séreuse est d'un rouge-noirâtre à mesure qu'on l'examine plus près de la suture, et son tissu est friable.

Pour mieux examiner l'état des parties, on coupe l'intestin au-dessus et au-dessous de la suture sans détruire ses adhérences. Le bout supérieur offre une invagination de plusieurs pouces, et déjà des adhérences se rencontrent entre ses feuillets séreux adossés; cette invagination s'arrêtait à 1 pouce au-dessous de la plaie, et bouchait l'orifice de l'intestin. Les deux lèvres de la plaie sur lesquelles la suture a porté sont béantes et boursouflées. Quatre fils sont encore adhérents; la muqueuse est rouge, épaisse et ramollie.

En faisant pénétrer un stylet par la plaie que l'on vient de faire et de dedans en dehors, on arrive dans une cavité circonscrite par des anses d'intestin où se trouvent épanchées des matières fécales et des liquides purulents.

Ainsi, dans ce premier fait, aucune trace de réunion, épanchement circonscrit de matières, exsudation plastique et adhérence des feuillets séreux du péritoine.

Deuxième expérience. — Chien opéré le 13 mars. Ouvert le 22.

Suture complète. La plaie de l'abdomen est réunie; à sa face interne est fixée une circonvolution intestinale. On rencontre aussi un paquet de circonvolutions agglomérées par de la lymphe plastique récemment organisée et facile à déchirer. L'intestin est rouge et tuméfié. Ces adhérences détruites, on arrive à une ligne blanche transparente, au-dessous de laquelle on distingue les fils non encore détachés. Cette cicatrice est due à l'accollement et au rapprochement des deux feuillets séreux, entre lesquels a eu lieu une exsudation plastique mince et peu résistante. A l'orifice du bout supérieur de l'intestin, on observe un tœnia qui oblitère en partie sa cavité. La plaie n'est pas réunie immédiatement. Les fils

a lhérent encore à ses bords. Les deux lèvres sont écartées d'environ 3 lignes ; entre elles existe un tissu mou de nouvelle formation, et deux ou trois points fistuleux vers les angles de la plaie. La séreuse est friable et recouverte de lamelles de matières plastiques, et la muqueuse autour de la plaie est rouge et visiblement enflammée.

Troisième expérience.— Suture complète. Mort. On n'a pas fait l'ouverture de ce chien.

Quatrième expérience. — Suture transversale incomplète. Plaie abdominale cicatrisée. Adhérence au dedans des portions épiploïques, et réunion de plusieurs anses intestinales au point correspondant. Accollement immédiat à la suture de deux circonvolutions. Dilatation de 4 centimètres de largeur et de 7 de longueur de la portion de l'intestin opéré.

Elle renferme un bouchon de matière, moulé sur la dilatation. Le bout inférieur contient des matières stercorales. Il n'y a pas de réunion immédiate, et on observe pour cicatrice une production nouvelle, molle, large et facile à déchirer. Une circonvolution ferme en partie la plaie.

Cinquième expérience.—Section compléte transversale. Mort en trente-huit heures. A l'autopsie, nous trouvâmes les bouts de l'intestin flottant dans le ventre, un épanchement péritonéal et de fausses membranes.

Sixième expérience. — Suture longitudinale. Il n'y a pas de réunion immédiate de la plaie, qui se trouve bouchée par des anses intestinales voisines. Quand on détruit les adhérences, la solution de continuité de l'intestin est reproduite, et les matières s'échappent dans le péritoine. Point de traces de réunion entre les lèvres de la plaie.

Septième expérience. — Le chien n'a pas été sacrifié.

Ainsi donc, dans toutes ces expériences, le fait capital est que la réunion immédiate de la plaie ne s'est pas opérée, qu'il y a eu tantôt épanchement diffus dans la cavité du péritoine, tantôt circonscrit entre les anses intestinales accidentellement accolées à la plaie. Dans tous les cas, il y a eu entéro-péritonite avec inflammation de la muqueuse correspondante à la section, avec dilatation, tuméfaction ou invagination de l'intestin. Dans les points où la réunion a eu lieu, ce résultat était dû à l'accollement plus ou moins parfait des deux feuillets de la séreuse, et non à la réunion immédiate des lèvres de la plaie. Deux fois la continuité entre les surfaces saignantes s'est établie à l'aide d'une substance intermédiaire de nouvelle formation, substance molle, facile à déchirer, et qui n'occupait pas toute l'étendue de la division et offrait plusieurs points fistuleux.

Voilà ce que nous avons vu relativement au mode opératoire, et ce que nous avons observé quant aux conséquences de la suture de M. Reybard. Que voulait cependant produire notre confrère ? la réunion immédiate des lèvres de la plaie, c'est-à-dire la réunion directe et par première intention, l'accollement des surfaces saignantes, séreuse, musculeuse et muqueuse réunies, et par quel procédé ? Si vous vous rappelez la description que M. Reybard a donnée de son mode opératoire dans le cours de l'opération dont nous avons présenté l'analyse, vous aurez remarqué qu'il a eu recours à la suture en surjet modifiée. Quoi qu'il en soit, M. Reybard pensait qu'avec les changements apportés au procédé de Pelletier, il produisait d'abord l'accollement immédiat des lèvres de la plaie, but final de son opération ; et, en second lieu, que les fils, disposés comme il les plaçait, pouvaient se détacher et sortir par l'intestin sans donner lieu à des points fistuleux et à des épanchements consécutifs. En effet, la première aiguillée étant fixée dans l'intérieur de l'intestin par un gros nœud, et même par un petit bourdonnet de charpie, devait entraîner par son poids le bout de fil dans l'extrémité libre au-dessous des anses de la deuxième aiguillée. Quant à celle-ci, réunie vers la fin de la suture aux ligatures placées sur les artères mésentériques, et introduites avec elles, elle devait également tomber avec facilité de ce côté.

Si M. Reybard se fût bien pénétré des objections faites depuis si longtemps au procédé en question, et s'il ne se fût pas fait sans doute illusion sur les résultats obtenus chez les animaux, il aurait hésité à conseiller la suture à surjet. Vous en avez eu la preuve par les faits que nous avons exposés. Qu'on se serve de la suture à surjet, de la suture à points passés, il paraît impossible d'arriver à cet accollement direct des surfaces saignantes. La mobilité des parties, le peu d'épaisseur des points qui doivent être maintenus en contact, les causes si nombreuses qui peuvent opérer l'écartement de ces surfaces, comme la contraction des tuniques, le gonflement, la dilatation déterminée par les gaz, etc., toutes ces raisons expliquent suffisamment comment la réunion immédiate ne saurait avoir lieu à l'aide de la suture conseillée de nouveau par M. Reybard ; et si cette réunion n'a pu être obtenue chez des chiens, comment pourrait-on l'obtenir chez l'homme, là où les tuniques intestinales sont encore bien moins épaisses ?

Mais comment aussi ne pas songer qu'il y aura quelquefois un trajet organisé, une véritable fistule intestinale, abdominale, dans l'endroit où ces fils sont repoussés dans l'intestin ? Comment conseiller d'abandonner ainsi dans la cavité de l'abdomen un élément si probable d'insuccès ?

L'intention de M. Reybard, si elle avait pu se réaliser, était bonne ; mais elle paraît impraticable. Les expériences sur les animaux en ont démontré les dangers.

Cette critique, fondée sur l'observation attentive des faits, est le résultat d'un examen consciencieux. Nous regrettons que M. Reybard ait abandonné les opinions qu'il avait émises dans un travail publié en 1827, sous le titre de *Mémoire sur le traitement des anus artificiels, des plaies pénétrantes des intestins et des plaies pénétrantes de poitrine.*

Alors notre confrère en était arrivé, par de curieuses vivisections, à démontrer l'impossibilité de la réunion immédiate des plaies intestinales. Nous ne pouvons mieux faire, pour réfuter ce qu'il avance aujourd'hui, que de citer quelques passages empruntés à ses recherches antécédentes.

Voici comment il s'explique à propos de la réunion directe de la plaie. Après avoir insisté sur le renversement des lèvres de la section déterminée par la contraction des fibres musculaires, il ajoute

(p. 112) : « Cette disposition, qui s'observe dans toutes les blessures de l'intestin grêle, qu'elles soient longitudinales, obliques ou transversales, s'oppose à ce qu'on puisse rapprocher les bords de la plaie, et que ceux-ci puissent se réunir immédiatement ; en sorte que leur guérison ne s'opère que par les adhérences qu'ils contractent par un côté péritonéal contre les parois intestinales de l'abdomen, etc. » Dans un autre endroit (p. 39) : » La guérison des plaies du tube digestif ne s'opère point par la réunion par première intention, comme celles des autres organes; lorsqu'elle a lieu, les lèvres de la plaie ont contracté des adhérences avec les tissus voisins par leur surface péritonéale, et c'est consécutivement que les bords se réunissent entre eux et se cicatrisent. »

Voilà, quant à la théorie de la réunion immédiate de la plaie, ce qui arrive. Que lui avait appris l'expérience, soit sur l'homme, soit sur les animaux ? « Qu'une suture ordinaire ne s'opposerait peut-être pas même à l'épanchement des matières fécales dans le ventre » (p. 39) ; et surtout, d'après deux expériences répétées sur des chiens, et après une suture opérée bien plus solidement encore que celle qu'il propose aujourd'hui, que ces lèvres de la plaie ne se réunissaient pas directement.

Voici le résultat de deux ouvertures (p. 116) : « L'animal mort un mois et demi après l'opération, j'en fis l'ouverture : les intestins n'étaient pas enflammés ; une anse de cet organe, qui correspondait à la plaie abdominale, y était encore adhérente..... La portion de cet organe où était la plaie adhérait aussi aux parois abdominales..... Ayant ouvert l'intestin par le côté opposé à la blessure, je découvris que les bords de la plaie, loin d'être cicatrisés, étaient au contraire très-écartés. »

Dans la deuxième expérience, à l'autopsie (p. 118) : « Le doigt porté dans la plaie extérieure pénétrait dans la cavité de l'intestin. Ayant détaché une grande étendue des parois abdominales, tout autour de la plaie, et l'ayant renversée, j'aperçus d'abord beaucoup de rougeur dans les intestins adhérents entre eux et autour des parois de la plaie. L'anse de l'intestin sur laquelle avait porté l'opération, ouverte par derrière, me fit apercevoir qu'un des bords de la plaie tenait à une des lèvres de l'abdomen, et que l'autre, fortement engagé et dur, était collé à l'intestin voisin. On voit, d'après ce que je viens de dire, que l'opération n'a pas eu de succès (p. 113). »

Ces derniers passages, comme vous le voyez, auraient pu faire partie de notre rapport.

Ce que nous voulons conclure surtout d'un travail dont nous n'avons pas à vous présenter l'analyse, c'est que déjà, en 1827, M. Reybard, après avoir répété sur des animaux toutes les méthodes connues de sutures intestinales, était arrivé à établir que la réunion immédiate des lèvres de la plaie était impossible. Vous savez aussi maintenant que par son nouveau procédé il n'a pas été plus heureux.

Dans une troisième expérience (p. 131), M. Reybard dit : « Les bords de la division des deux bouts de l'intestin n'étaient réunis qu'au moyen de la fausse membrane. *Ils n'étaient point immédiatement cicatrisés.* Les extrémités des bouts de l'intestin, renfermées dans la plaie du ventre, étaient froncées et resserrées au point de se toucher, mais n'étaient pas cicatrisées.

Revenons actuellement à l'observation dont nous avons donné une analyse.

Si des doutes, et de très-légitimes, peuvent s'élever sur la nature de la tumeur enlevée, tumeur dont on a à peine examiné la structure, tumeur qui à été égarée et ne peut plus être aujourd'hui soumise à notre examen, on ne saurait mettre en suspicion l'enlèvement d'une portion de 2 à 3 pouces d'intestin, tant la description des temps de l'opération pratiquée par M. Reybard est précise et circonstanciée.

La guérison ne se maintint pas ; les douleurs locales dans l'hypochondre gauche reparurent, ainsi que tous les signes d'une affection grave dans la fosse iliaque, et le malade succomba. Malheureusement l'ouverture du cadavre n'a pas été faite, et en l'absence de renseignement précis : 1° sur la nature de la tumeur enlevée ; 2° sur ce qui s'est passé entre les deux bouts d'intestin réunis par la suture ; 3° sur l'état exact des désordres consécutifs, il est impossible de tirer de ce fait aucun parti rigoureux pour la science.

Vos commissaires concluent donc de l'examen auquel ils se sont livrés pour faire le rapport :

1° Que les modifications apportées par M. Reybard à la suture en surjet relativement à la disposition des fils ne sauraient produire facilement leur chute dans l'intestin, ni empêcher les trajets fistuleux, ni les épanchements funestes ;

2° Qu'en conséquence on ne peut approuver un pareil mode d'opération, surtout quand on songe au conseil donné de refouler l'intestin, ainsi opéré, dans la cavité de l'abdomen ;

3° Que si les expériences faites sur les chiens paraissent prouver que la réunion immédiate des plaies intestinales est impraticable, on doit en déduire qu'elle est encore plus inadmissible chez l'homme ;

4° Qu'enfin on ne saurait conclure d'après l'observation, telle qu'elle est rapportée par l'auteur, à la réunion immédiate.

En dernière analyse, cependant, vos commissaires, persuadés du zèle de M. Reybard, et en trouvant la preuve suffisante dans la communication qu'il vous a faite et les expériences qu'il a suivies avec eux, vous proposent de lui adresser des remercîments et de déposer son observation dans les archives.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées sans discussion.

REVUE
DES
JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands.

—

Nouveau ciment pour les dents; par M. O. Ostermaier.

(Herh. und Winckl. Jahrb.)

En recourant à l'emploi des principes qui constituent l'émail des dents, M. Ostermaier est parvenu à obtenir une combinaison qui reste molle pendant quelques instants, puis durcit lorsqu'elle a été introduite dans la cavité des dents cariées ; de telle sorte que les dents creuses, ainsi remplies, peuvent ensuite servir à la mastication tout aussi bien que les dents les plus intactes.

Cette combinaison, qui correspond, pour la composition, à la nature du tissu osseux, se prépare de la manière suivante :

On mêle promptement treize parties de chaux caustique, chimiquement pure et finement pulvérisée, à douze parties d'acide phosphorique anhydre floconneux (obtenu par la combustion du phosphore à l'air sec), puis on introduit une quantité suffisante de cette poudre, qui est devenue humide pendant le mélange, dans la cavité dentaire préalablement desséchée avec le coton ouaté ou du papier joseph, et on l'y tasse en ayant soin de niveler et de lisser convenablement la surface supérieure, qu'on humecte ensuite avec un peu d'eau.

La poudre mélangée, qui s'est humectée en s'emparant de l'humidité de l'air, se transforme peu à peu et d'elle-même en phosphate de chaux. Aussitôt qu'elle est repassée à l'état sec, la plus grande proportion de l'acide phosphorique est déjà en combinaison avec la chaux, et si, avant ce moment, on n'en a pas fait l'application, elle est impropre à l'usage auquel elle est destinée et elle doit être rejetée comme inutile. Le laps de temps pendant lequel ce mélange peut être employé est tout au plus d'une à deux minutes ; or, en général, on peut le considérer comme étant d'autant plus court que l'air se trouve chargé d'une plus grande quantité d'humidité.

Si on porte la poudre humide dans une cavité également humide, il se développe une forte chaleur, et la masse est rejetée au dehors pendant que la combinaison chimique entre la chaux et l'acide phosphorique s'opère. Si, au contraire, on dessèche, comme il est dit plus haut, la cavité dentaire avant d'y introduire la poudre, et qu'on humecte après, la combinaison a lieu tranquillement.

Il va sans dire qu'on peut, à volonté, changer les proportions d'acide phosphorique et de chaux.

L'expérience a déjà démontré que l'emploi de ce ciment, appliqué comme il vient d'être indiqué, rend les dents cariées et douloureuses semblables aux dents saines ; mais le temps seul peut décider si la durée du composé doit répondre à l'attente qu'on s'en promet.

Tétanos mortel par suite de l'extirpation d'un cor au pied; par M. le docteur Casper, de Berlin.

(Casper's Wochenschrift fuer die gesammte Heilkunde.)

Un domestique âgé de trente-cinq ans, homme bien portant et robuste, s'était extirpé trop profondément un cor au petit doigt du pied gauche, et, sans égard pour la douleur qu'il y ressentait, il avait continué son service pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que l'impossibilité de marcher davantage le forçât à garder le lit.

M. Casper ayant été appelé près de lui, le trouva sans autre maladie que celle du pied. Au point où il avait pratiqué son extirpation, il existait une vésicule remplie de sang ; la plante du pied était tuméfiée dans toute son étendue.

Ce praticien prescrivit l'emploi des cataplasmes, l'administration à l'intérieur du sel cathartique amer (sulfate de magnésie), le repos absolu du membre, ce à quoi le sujet, qui se trouvait d'ailleurs bien portant, ne se décida qu'avec beaucoup de peine. Mais M. Casper ne fut pas peu surpris, le lendemain matin, en voyant l'état du malade grandement empiré. Il était couché, les yeux brillants, le pouls assez plein ; il avait de grandes difficultés pour avaler, et il bégayait des mots inintelligibles, bien qu'il eût conservé toute sa connaissance. On ne pouvait pas méconnaître l'invasion d'un tétanos.

Tous les moyens appropriés furent employés sans le moindre succès, et la mort survint dans la soirée du même jour.

L'autopsie ne fut pas permise ; on obtint seulement la latitude d'examiner le pied qui avait été le point de départ du mal. On trouva du pus épanché sous les téguments ; la bourse muqueuse placée sur l'articulation était remplie de sang ; mais on ne put reconnaître aucune trace d'inflammation sur les branches du nerf péroné qui se distribuent aux doigts.

Emploi de l'hydrolat d'amandes amères contre la gastralgie; par M. le docteur Klem, de Helsingaer (Danemark).

(Zeitschrift fuer die gesammte Medicin.)

Parmi tous les moyens vantés contre la gastralgie, l'eau distillée d'amandes amères (*Aqua amygdalarum amararum concentrata*) occupe certaine-

ment le premier rang. M. Klem a souvent eu l'occasion de vérifier l'efficacité de ce moyen ; mais il l'a rarement employé seul, en raison de l'état gastrique qui, bien que peu grave, existe toujours en même temps que la gastralgie : le plus ordinairement, il l'a associé à la mixture apéritive de la pharmacopée danoise (*teinture de rhubarbe aqueuse* et *tartrate de potasse liquide*, mélangés à parties égales), en suivant la formule ci-après :

Pr. : Mixture apéritive,	24 grammes.
Hidrolat concentré d'amandes amères,	8
Liqueur anodyne minérale d'Hoffmann,	8
M. S. A.	

pour une mixture dont on prend cinquante à soixante gouttes, quatre fois par jour.

Chaque prise de cette mixture est administrée dans une demi-tasse d'eau convenablement édulcorée avec du sucre, ou mieux encore avec un sirop approprié.

M. Klem emploie en même temps les sangsues, les sinapismes, le liniment volatil opiacé, selon les circonstances ; il prescrit également un régime diététique convenable.

Ordinairement, on observe déjà, au bout de quelques jours, une amélioration considérable dans l'état des malades, et, dans l'espace de peu de temps, on arrive à obtenir une guérison parfaite.

Dans quelques cas rares, où la maladie avait nécessité l'emploi de cette médication, le même praticien a retiré d'excellents effets de l'administration du magistère de bismuth.

Empoisonnement des sangsues par le tabac ; par M. Weil.

(Schweizerisch Zeitschrift.)

On rapporta à plusieurs reprises à M. Weil des sangsues qui, lui dit-on, n'avaient pas voulu prendre. A son grand étonnement, il reconnut que ces sangsues, livrées par lui une heure avant dans un état parfait de fraîcheur et de santé, étaient maintenant mortes et dures.

Ce ne fut qu'à la troisième fois qu'il remarqua un morceau de papier provenant d'un paquet de tabac, et que l'on avait employé pour couvrir le vase dans lequel les annélides avaient été déposés. Il demanda alors aux individus qui lui avaient rapporté antérieurement des sangsues mortes, s'ils n'avaient pas fumé en cherchant à les appliquer, et il apprit d'eux qu'en effet il en avait été ainsi. Un essai direct ayant été tenté amena un résultat tout à fait semblable. Quelques grains de tabac, jetés dans l'eau au milieu de laquelle les sangsues se trouvent, suffisent pour déterminer bientôt, dans un quart d'heure par exemple, cette rigidité caractéristique du corps de ces vers et la mort.

Le même effet est produit par le suc du tabac.

Toutefois, dans tous ces cas, on voit les cadavres des sangsues redevenir, après un laps de dix à douze heures, mous et flasques comme ceux des sangsues qui ont succombé par suite de toute autre cause.

Sur les mélanges médicamenteux employés comme styptiques ; par le docteur Gottschalk, de Cologne.

(Zeitschrift fuer die gesammte Medicin.)

M. Gottschalk pense qu'un mélange médicamenteux ne peut agir comme styptique, qu'autant qu'il n'est pas appliqué sous forme liquide. Il a démontré, dit-il, que les astringents végétaux ne méritent pas cette dénomination, qu'ils ne sont point en réalité des astringents proprement dits, parce que, s'ils tannent les tissus, ils donnent lieu à une combinaison chimique qui s'accompagne d'un épaississement et non pas d'un resserrement de ces mêmes tissus.

Cet expérimentateur a tenté divers essais avec des portions d'intestin et des morceaux de rate qu'il a laissés séjourner pendant cinq jours dans des solutions de sulfate de cuivre, de sulfate de zinc, de sulfate de fer, d'acétate de plomb, d'alun cristallisé, d'alun calciné, d'acide sulfurique, d'acide chlorhydrique, d'acide azotique et de créosote. Les résultats qu'il a obtenus dans ces expériences l'ont conduit aux conclusions suivantes :

1° Les styptiques les plus forts, l'alun, l'acétate de plomb, le sulfate de cuivre, perdent leur vertu styptique lorsqu'ils sont employés sous forme liquide ;

2° La forme liquide s'oppose, d'un côté, au resserrement des tissus ; d'un autre côté, elle donne lieu à un ramollissement de la substance animale, et, par là, elle facilite l'imbibition, l'imprégnation, l'épaississement et l'agrandissement des tissus, et elle diminue ainsi la tendance à la destructibilité ;

3° Les acides employés, excepté l'acide azotique, ne possèdent aucune propriété styptique ; mais en revanche ils jouissent de la propriété de rendre les tissus plus épais.

M. Gottschalk, en étendant ses investigations aux décoctions de chêne, de ratanhia, de tormentille et de noix de Galle, dans lesquelles il a plongé pendant huit jours des morceaux d'intestin desséchés, et pendant cinq jours des morceaux de sclérotique, de cornée et de conjonctive de bœuf à l'état frais, est arrivé aux conclusions ci après :

1° Aucun des astringents indiqués ne mérite ce nom lorsqu'on l'emploie sous une forme qui l'empêche d'enlever l'eau des tissus qui se trouvent en contact avec eux.

2° Ils sont d'autant moins astringents que, sous forme limpide, ils pénètrent plus facilement dans la profondeur des tissus, et qu'ils en provoquent par là l'épaississement et l'agrandissement.

3° Si on éloigne les principes qui, comme la strychnine, déterminent le resserrement par suite de leur action sur le système nerveux, il ne reste plus comme agents de la médication styptique que les médicaments appelés du nom d'*exsiccants* et de celui de *réfrigérants*.

Emploi de la créosote contre les nævi materni.

(Medicinische Zeitung.)

M. Le docteur Thortsen, de Havelberg, a dirigé, d'une manière toute particulière, son attention sur

le traitement des *nœvi materni* des nouveau-nés. Aucun topique ne lui a paru aussi efficace que la créosote pour combattre cette difformité, le désespoir de ceux qui en portent des traces dans les âges qui succèdent à celui de l'enfance. Il a traité ainsi trois nouveaux cas cette année, et il en a obtenu les meilleurs résultats. Ce praticien emploie la créosote plus ou moins étendue d'eau, suivant les cas, et il l'applique à l'aide de compresses qu'il renouvelle deux ou trois fois par 24 heures. Sous l'influence de cette médication, la surface du nœvus s'excorie d'abord, puis elle s'ulcère, et enfin elle disparaît en entier. La cicatrice consécutive offre une surface lisse et de bon aspect.

De l'amaurose hystérique.

(Schmidt's Jahrbücher.)

L'amaurose, qui est liée à l'hystérie à titre de symptôme, n'a pas été l'objet de recherches multipliées comme les autres espèces d'amauroses. C'est ce qui nous engage à analyser un mémoire publié sur ce sujet par un médecin allemand, M. le docteur Hocken.

Suivant cet auteur, l'amaurose hystérique aurait habituellement pour prodromes des dérangements gastriques, de la céphalalgie, quelquefois du subdelirium. Ils apparaissent tout à coup avec une intensité des plus inquiétantes, et disparaissent de même, pour se reproduire par les causes les plus légères.

Les symptômes sont les suivants : abolition simultanée de la vue des deux côtés; contraction spasmodique des muscles orbiculaires, surtout sous l'influence d'une lumière vive, ou lorsqu'on veut écarter les paupières; photophobie et épiphora; pupilles plus ou moins contractées, selon l'éclat de la lumière et de l'irritation de la rétine. A l'exception des troubles fonctionnels et de la contraction spasmodique des paupières, les yeux ne présentent rien de particulier. Au début, la vue n'est que trouble et les objets sont vus moins distinctement; mais bientôt elle est presque entièrement abolie par l'effet de la photophobie, de la contraction des paupières et de l'épiphora.

M. Hocken insiste sur la distinction à établir entre l'amaurose hystérique et l'amaurose sympathique qui se lie à certaines affections de l'utérus ou des intestins. Dans cette dernière, suivant l'auteur, les symptômes utérins ou intestinaux précèdent toujours les troubles de la vision; la photophobie, la contraction des paupières sont moins fortes; il y a ordinairement une congestion plus ou moins marquée des parties constituantes du globe oculaire; la tête aussi est congestionnée, les carotides battent avec force, la face est rouge; souvent il y a strabisme; enfin, l'amaurose sympathique n'affecte presque jamais qu'un seul œil. Il est une autre espèce d'amaurose qui peut encore plus facilement être confondue avec celle qui reconnaît l'hystérie pour origine, c'est l'amaurose saturnine sur le diagnostic de laquelle les travaux modernes ont jeté une vive lumière. La rétinite chronique peut aussi en imposer pour une amaurose hystérique; mais, dans la première, la contraction des pupilles est plus prononcée; les pupilles sont d'ailleurs irrégulières, déformées et non contractiles; la maladie n'occupe, le plus souvent, qu'un œil; ce dernier est d'ailleurs plus ou moins altéré dans ses parties constituantes; il y a enfin de la fièvre et d'autres symptômes d'inflammation.

M. Hocken conseille les purgatifs doux et surtout le calomel uni à l'opium dans la forme aiguë de l'amaurose hystérique. Il a reconnu également qu'un lavement composé de 15 à 30 grammes de térébenthine et d'égale quantité d'huile de ricin dissipe quelquefois tous les accidents. Lorsque les minoratifs échouent, l'auteur veut qu'on emploie les drastiques et particulièrement l'aloès, pourvu toutefois que les voies digestives le permettent.

Dans les cas où l'amaurose ne cède pas à ces moyens et passe à l'état chronique, il faut s'adresser au traitement de l'hystérie. Les antispasmodiques, l'assa fœtida, le camphre sont alors utiles; des applications d'eau froide autour de la tête, des sangsues aux apophyses mastoïdes, des vésicatoires à la nuque produisent quelquefois d'heureux effets. Il faut en même temps soustraire le malade à l'action de la lumière, à toutes les causes d'émotions vives ou d'irritation du système nerveux.

Journaux anglais.

—

Traitement de l'épididymite blennorrhagique par l'opium ; par M. Gay.

(The Lancet.)

Ce traitement, que M. Gay dit avoir vu réussir dans plus de 100 cas, est appliqué par lui dès le début de l'affection. Il a surtout pour but et pour effet de calmer la douleur parfois extrême qui accompagne la première période de cette phlegmasie. Mais, pour que l'opium produise son action, il faut qu'il ait été précédé de l'administration d'un purgatif. Voici du reste un specimen des formules usitées par l'auteur. Le malade prend d'abord 5 grains de calomel avec 25 grains de poudre de jalap. Puis, un peu plus tard, on lui donne 15 ou 20 gouttes de teinture d'opium toutes les quatre heures. Dès le second jour, en général, la douleur a cédé.

Emploi de l'électricité ou de l'électro-magnétisme dans le traitement de l'empoisonnement par le laudanum.

(The Lancet.)

Le fait suivant, dont nous ne reproduisons que les principaux traits, prouve que, dans les empoisonnements par l'opium, on ne doit pas désespérer du salut du malade si l'amélioration ne suit pas immédiatement l'emploi des moyens thérapeutiques, et que parmi ceux-ci c'est surtout au galvanisme ou à l'électro-galvanisme que l'on doit avoir recours, quand il est possible, après avoir évacué l'estomac et satisfait aux premières indications.

Obs. — Freegrave, très-robuste, âgé de 54 ans, est apporté à l'hôpital de Middlesex le 14 septembre à trois heures du matin, sans connaissance, sans mouvement, la pupille de la largeur de la tête d'une

épingle, le pouls intermittent et s'élevant à peine à 40 par minute. La respiration ne se faisait que d'une manière convulsive et à un intervalle d'une demi-minute ; la face livide, les extrémités froides et bleuâtres, enfin tout l'aspect d'un cadavre plutôt que d'un homme encore doué de la vie. Après avoir vidé l'estomac par l'usage de la pompe gastrique, et avoir ingéré dans le même organe du thé vert avec de l'ammoniaque, et avoir appliqué des sinapismes sur les extrémités ; après avoir employé la flagellation, les lotions froides et même la douche froide, et retiré de la vessie, par le cathétérisme, 6 à 8 onces d'urine, on eut recours à l'emploi de l'appareil électro-magnétique vers quatre heures du matin. Au bout de quelques instants, le pouls prit de la force et devint moins rare, et la respiration sembla reprendre un peu d'activité. Des étincelles électriques tirées de la tête, de la poitrine, de l'épine et de l'abdomen n'ont d'autre effet que de déterminer de violentes convulsions et des contorsions musculaires par tout le corps. Ce n'est qu'au bout d'une heure de l'emploi continuel de ce moyen que le malade donne un signe de connaissance, par une exclamation de douleur, et demandant qu'on le laisse tranquille. Ses yeux étaient hagards et il retombe aussitôt dans le même état ; puis un nouveau contact lui fait pousser de nouveaux cris et faire de nouvelles contorsions. A sept heures, on cesse l'opération, on met le malade au lit, et le lendemain matin il quitte l'hôpital à pied et en bon état.

Hémorrhagie par un doigt coupé, substitutive de la menstruation ; par M. Gay.

(The Lancet.)

Obs. — Une jeune personne de 17 ans, délicate, de diathèse strumeuse, avait, sans cause connue, cessé d'être réglée depuis trois ans, lorsqu'en août 1842 elle se coupa accidentellement une portion du doigt indicateur gauche. Faute de soins, la peau se rétracta, laissant l'os saillant. En novembre, le moignon exhala pendant deux ou trois jours une grande quantité de sang ressemblant au liquide menstruel ; et cette hémorrhagie se reproduisit ensuite tous les mois. Elle entra alors à l'hôpital, où on s'efforça durant plusieurs semaines, mais sans succès, de rappeler les règles par les moyens ordinaires. Comme le tronçon du doigt était dans un état d'altération marquée, on fit l'amputation dans la contiguité du métacarpien correspondant. Cette opération fut pratiquée le 22 juin, époque à laquelle l'hémorrhagie venait d'avoir lieu et où l'excitation locale qui l'accompagnait ordinairement avait disparu. On dut faire un grand nombre de ligatures. Dans la portion du doigt amputé, on trouva l'os spongieux et très-vasculaire, et les artères dorsales volumineuses.

La malade alla bien jusqu'au 15 juillet. Elle accusa alors des douleurs dans l'épaule et dans la main, ainsi qu'une sensation de pulsations le long des gros vaisseaux. (12 sangsues vers la région pubienne; aloès à dose purgative.) Les douleurs continuent, la radiale et la cubitale battent avec force, le membre s'échauffe, les doigts sont raidis dans la flexion, la main est gonflée, la peau prend une teinte bleuâtre. (Le lendemain, encore 12 sangsues aux jambes, purgation saline.)

Par ce traitement, le 31, les doigts avaient repris leur volume normal ; on les enveloppa alors, ainsi que la main, d'un bandage roulé qui fut laissé à demeure.

Après un intervalle de santé parfaite, les mêmes symptômes parurent de nouveau le 16 août. (Ventouses sèches aux lombes, injections, dans le vagin, de lait chaud contenant une forte solution d'ammoniaque.) Les douleurs durèrent jusqu'au 20 ; mais, grâce au bandage, il n'y eut pas cette fois tuméfaction. Le 30, on enleva ce bandage.

Dès les 11 et 14 septembre, les douleurs revinrent encore avec tension considérable du membre entier. Ventouses sèches, d'abord aux lombes, puis au cou, où la douleur s'était en second lieu transportée. Les injections, quoique continuées longtemps et combinées avec les emménagogues usuels, ne rétablirent point le flux menstruel.

La jeune malade quitta l'hôpital, promettant de garder le bandage et de revenir si quelque symptôme nouveau se manifestait. — Depuis lors on n'a pas eu de ses nouvelles.

— Malgré les accidents qui ont suivi l'amputation du doigt, cette opération était bien indiquée, ce nous semble ; et ces accidents même serviraient au besoin à la justifier, car ils montrent de quelle fluxion active cet organe était accidentellement devenu le siége. D'un autre côté, les retours si périodiques de cette congestion locale prouvent que *l'effort menstruel* était encore dans l'économie à son type normal ; et si l'on considère que l'aménorrhée existait depuis longtemps déjà avant la blessure du doigt, on sera porté, comme nous, à regarder celle-ci comme avantageuse plutôt que fâcheuse pour la malade, puisqu'elle a servi à ramener un flux que la nature avait laissé s'éteindre, quoique ses voies naturelles d'élimination lui fussent ouvertes. Nous aurions désiré que l'auteur eût donné plus de détails sur les causes présumées de cette aménorrhée, qu'il eût surtout indiqué l'état des parties génitales chez cette jeune fille ; car, d'après la marche des choses, on serait conduit par exclusion à placer ici l'obstacle à la fonction menstruelle dans quelque altération, matérielle ou dynamique, des organes de la génération ; et il est à regretter qu'une exploration attentive n'ait pas permis de juger jusqu'à quel point cette présomption était fondée.

Note sur un cas de cyanose, ou maladie bleue, dépendant d'une adhérence mutuelle des valvules semi-lunaires de l'artère pulmonaire ; par le docteur Craigie.

(The Edinburg medical and surgical Journal.)

Dans un rapide historique des recherches publiées en Angleterre, en France et en Allemagne sur la cyanose, M. Craigie signale surtout les cas où cet état était dû à une lésion ou à un vice de conformation de l'artère pulmonaire, et indique le rôle que chacun des auteurs qui ont écrit sur cette affection fait jouer à cette lésion dans sa production ; puis de la comparaison de tous ces cas il conclut que la contraction de l'artère pulmonaire prend une part

bien plus importante que celle que leur ont attribuée Kraïsig et MM. Gintrac et Louis, à la conservation de la communication entre les deux côtés du cœur. Il va même jusqu'à avancer qu'un certain degré de contraction de l'artère pulmonaire est non-seulement la première lésion, mais aussi la plus essentielle, et que la persistance de l'ouverture du trou de Botal ou la perforation du ventricule doit être regardée comme un effet de cette contraction qui, dans tous les cas, a toujours dû exister dès le principe à un degré assez prononcé pour empêcher que la circulation pût se faire librement et sans gêne dans l'artère pulmonaire.

Les lésions que peut présenter cette artère se réduisent à trois formes principales, et dont la première est une étroitesse considérable et primitive de son calibre; la deuxième est une obstruction complète de son canal, tandis que la troisième est une occlusion plus ou moins prononcée de son orifice cardiaque par l'adhérence mutuelle de ses valvules. Il ressort évidemment de tous les cas recueillis jusqu'ici que les deux premières formes sont toujours congéniales; mais il n'est pas aussi facile de décider si la troisième l'est également ou si elle ne serait pas le résultat de quelque état morbide développé peu de temps après la naissance. Pour arriver à cette démonstration, M. Craigie rapporte quelques observations dont deux, et avec beaucoup de détails, ont été recueillies par lui-même; la troisième appartient à Tacconi, et la quatrième à M. Cruveilhier. Le sujet de la première de ces observations, qui était âgé de 19 ans, avait présenté depuis sa première enfance une dyspnée considérable augmentant pendant la saison froide et humide; la figure, les lèvres, les mains et les ongles d'une couleur lie de vin qui n'offrait pas toujours la même intensité, mais qui n'avait jamais disparu complétement, et de violentes palpitations que le moindre exercice rendait encore beaucoup plus fortes. Cependant, jusqu'à l'âge de 19 ans, il avait pu se livrer à des travaux peu rudes; mais tous les symptômes augmentèrent, et au bout d'un mois il mourut à l'hôpital, où l'on constata que le diamètre de l'artère pulmonaire à son origine et au point où elle se détache du ventricule droit était beaucoup plus petit que d'habitude, et qu'au lieu des trois valvules distinctes il y avait une membrane opaque, ferme, concave du côté du ventricule, convexe dans l'artère, et perforée dans son centre d'une ouverture qui aurait à peine suffi pour le passage d'une sonde ordinaire. Le ventricule droit était très-grand et ses parois avaient une épaisseur bien plus considérable qu'à l'ordinaire. La fenêtre ovale était fermée par une membrane percée de petits trous et d'un plus grand à sa partie inférieure, ayant bien un tiers de pouce de diamètre, et qui établissaient une communication directe entre les deux oreillettes.

Les trois autres observations offrent la répétition des mêmes symptômes et des mêmes lésions, mais moins prononcés. C'est sur ces faits, et spécialement sur le premier, que l'auteur s'appuie pour prouver que la lésion de l'artère pulmonaire a dû être congéniale et que la persistance de la communication entre les deux oreillettes, au lieu d'être la lésion principale et primitive, comme on le croit communément, n'a été, au contraire, qu'un effet presque nécessaire du rétrécissement de l'artère pulmonaire, un moyen de conservation auquel la nature a eu recours pour prolonger la vie qui sans cela se serait éteinte beaucoup plus tôt que chez les quatre sujets dont il vient d'être question. Aussi M. Craigie croit-il, après cette discussion, devoir en conclure les trois propositions suivantes :

1° La persistance du trou ovale est rarement une lésion primitive et solitaire;

2° Dans les cas où elle existe seule, elle n'apporte aucun trouble à la circulation, car elle n'entraîne pas nécessairement le mélange du sang veineux avec le sang artériel;

3° Contrairement à tout ce qui a été dit jusqu'ici, la conservation du trou ovale est, dans un grand nombre de cas, un moyen de salut pour la vie; car cette lésion est, ainsi que l'hypertrophie du ventricule droit et de l'oreillette droite, destinée à compenser en partie le rétrécissement et même l'oblitération presque complète de l'artère pulmonaire, et permet aux sujets porteurs de cette dernière altération de vivre pendant un certain nombre d'années. Il serait bien intéressant de chercher par quel moyen les poumons sont suppléés dans ce cas où il n'y a rien qu'une très-petite portion de sang qui les traverse; il est probable que la peau et les membranes sont chargées de cette fonction supplémentaire.

Observations de médecine légale; propriétés vénéneuses de l'écorce du faux ébénier (laburnum citisus); par le professeur CHRISTISON.

(The Edinburg medical and surgical Journal.)

On sait que le faux ébénier produit des semences douées de propriétés vénéneuses assez actives pour que, prises en quantité assez notable, elles puissent déterminer la mort; cependant il n'est pas moins vrai que l'on n'a pas donné assez d'attention, dans la pratique et la toxicologie, aux propriétés spéciales de cette plante, car il paraît que toutes les parties participent à ces propriétés à des degrés différents; et un fait qui est venu dernièrement à la connaissance de M. Christison lui a prouvé que non-seulement l'écorce de cet arbre est douée d'une activité très-énergique, mais que ces effets délétères sont assez familiers aux personnes étrangères à l'art, sur quelques points de l'Ecosse, pour qu'on s'en soit servi tout récemment dans un but criminel. Voici à quoi se réduit, d'après le professeur, l'état actuel des connaissances scientifiques sur ce point. Cette plante a été rangée, dans la dernière édition de son *Traité des poisons*, parmi les narcotico-âcres, et dans la notice qui lui est consacrée il est dit que les funestes propriétés des semences sont connues du vulgaire et qu'elles ont fréquemment déterminé des accidents, bien que lui-même n'eût en connaissance que de deux cas dans lesquels deux enfants, après avoir mangé une certaine quantité de ses graines, furent pris subitement de symptômes extrêmement graves, tels que le refroidissement général, lividité de la face, syncope, etc., qui ne disparurent qu'après qu'on eut fait rejeter par le vomissement les graines encore contenues dans

l'estomac. L'auteur cite encore les recherches de MM. Chevallier et Lassaigne sur ces semences, et qui en ont extrait un principe qu'ils ont appelé la citisine, lequel, à la dose de quelques grains, détermine chez l'homme des étourdissements, des spasmes, etc. Il fut consulté dernièrement par une jeune fille à qui un jeune homme, pour se venger de quelque espiéglerie, avait fait prendre en cachette une très-petite quantité d'écorce de *laburnum*. Cette jeune fille fut prise immédiatement de vomissements qui durèrent plusieurs jours, de tremblements, de spasmes, et même de dévoiement, et resta malade pendant une année. Ce ne fut qu'au bout de six mois que des révélations apprirent la cause de son état grave et motivèrent une poursuite qui se termina par la condamnation à une peine légère du jeune homme qui évidemment n'avait pas cru devoir causer une aussi longue maladie. La jeune fille traîna encore pendant près de six mois, avec des symptômes d'inflammation gastro-intestinale.

La propriété tonique du *laburnum* étant donc aussi mal connue, M. Christison a cru devoir l'étudier par quelques expériences sur les animaux. Voici quelques-uns des résultats obtenus. Une cuillerée à thé de poudre de *laburnum* sec est administrée à un chat, et aussitôt il paraît très-tourmenté, mais d'abondants vomissements ne tardent pas à se produire; il reste languissant pendant toute la journée et recouvre promptement la santé. Chez un autre, un gramme suffit pour déterminer de très-forts vomissements. Quatre grammes de la même poudre administrée à un chien le font grogner et s'agiter, puis surviennent d'abondants vomissements, et le calme ne tarde pas à se rétablir. On fait prendre à un fort lapin, et au moyen d'un cathéter, une once de l'infusion de l'écorce de *laburnum*, contenant la matière active de soixante-deux grains, et au bout de trois minutes le lapin commença à se jeter vivement d'un côté et de l'autre, puis fut pris de convulsions tétaniques avec des alternatives d'improsthotonos et d'opisthotonos si violentes, que son corps rebondissait avec force sur le parquet de la pièce. Cependant ces mouvements cédèrent tout à coup; la respiration s'arrêta et tous les muscles se trouvèrent à la fois relâchés; l'animal était mort, et cela deux minutes et demie après l'injection de la solution vénéneuse. Au bout de deux autres minutes, on pratiqua l'autopsie, et on trouva le cœur gorgé de sang, se contractant avec force et sensible à l'action des stimulants.

Cette expérience et quelques autres, qui furent suivies de résultats analogues, suffisent, dit M. Christison, pour démontrer que ce poison est doué d'une violente énergie; qu'à haute dose, sans cependant être en grande quantité, il agit avec une grande rapidité et une grande violence comme narcotique, et qu'à petite dose il exerce une action énergique sur l'appareil intestinal. C'est un poison narcotico-âcre d'une grande force.

Moyens de distinguer, sur de petites quantités, le sang couenneux de celui qui est à l'état normal; par le docteur Jones.

(The Edinburg medical and surgical Journal.)

Si ce moyen est aussi efficace que le prétend l'auteur, il acquerra une grande valeur aux yeux des praticiens qui attachent de l'importance à ne pas tirer une quantité de sang considérable dans les cas douteux, et où cependant ils ont besoin de connaître l'état du sang pour sortir de ce doute. Voici ce moyen :

Déposez une goutte de sang, aussitôt qu'il vient de sortir de la veine, sur une plaque de verre; puis, au bout d'environ une demi-minute, cette surface commencera à présenter un aspect granulé très-fin. Ce sang sera à l'état normal. Si, au contraire, la goutte s'étend dans une plus grande largeur et que l'on distingue immédiatement l'aspect granulé très-prononcé, vous pourrez regarder ce sang comme couenneux. La différence entre le sang normal et le sang couenneux, examinés par ce moyen, consiste dans ce que le premier est plus épais que le second, et s'étend moins sous l'influence de la pression, et en ce que l'aspect granulé ne se présente qu'au bout d'une demi-minute et est extrêmement délicat; tandis que, dans le sang couenneux, cet aspect se développe avec tant de rapidité qu'on le distingue immédiatement et se fait remarquer par l'éloignement plus prononcé des granulations et qui va encore en augmentant.

Ce procédé, auquel le docteur Alison attache une grande importance, est dû à M. Shræder von der Kolk. Or, voici ce qu'on observe si on le soumet au microscope. Si le sang placé entre les deux plaques de verre est normal, on distingue d'abord les globules rouges dispersés confusément dans le liquide du sang; puis, au bout d'une demi-minute ou à peu près, on les voit passer les uns sur les autres, se diriger vers le bord où ils sont côte à côte, occupant moins d'espace que quand ils sont irrégulièrement dispersés. Si, au contraire, c'est du sang couenneux que l'on examine au microscope dans les mêmes circonstances, on trouvera moins de globules rouges et plus de liquide, et tous les globules seront déjà réunis sous forme de rouleaux et formant un réseau à très-larges mailles. Une goutte de sang obtenue de la piqûre d'un doigt, ou prise sur un jet de sang fourni par l'ouverture d'une veine chez la même personne, présente toujours les mêmes effets, et offre, dans les deux cas, les caractères du sang normal ou du sang couenneux. En sorte que l'examen d'une seule goutte de sang obtenue de la piqûre d'un doigt, ou de toute autre partie du corps, jettera autant de lumière sur l'état du sang d'un individu que la présence ou l'absence de la couenne.

Observation d'un cas où l'on a observé des phénomènes cérébraux pathologiques extraordinaires; par le docteur Calvert Holland.

(The Edinburg medical and surgical Journal.)

Nous allons reproduire tous les détails propres à faire connaître exactement ce fait intéressant à di-

vers titres, bien que la guérison obtenue n'ait pas permis de constater la lésion anatomique (si toutefois il y avait une lésion anatomique appréciable) à laquelle on aurait pu attribuer les phénomènes bizarres présentés par le sujet et dont la science possède peu d'autres exemples.

Obs. — R., âgé de 28 ans, travaillant dans les mines de houille depuis l'âge de sept ans, a toujours joui d'une bonne santé, si ce n'est qu'il eut la grippe il y a six ans, et que six mois avant l'époque où il fut pris de la maladie qu'il porte maintenant, il éprouva à la partie antérieure de la tête une violente douleur qui le força de garder la chambre pendant huit jours; mais cette douleur ayant diminué il put reprendre ses travaux qu'il continua jusqu'à il y a environ six mois, que la douleur augmenta considérablement et s'accompagna de désordres notables du côté de l'estomac. Il avait des rapports continuels, un goût très-désagréable, se plaignait d'une grande lassitude et d'un assoupissement tellement prononcé qu'il s'endormait même à table en mangeant. Déjà ces accidents duraient depuis deux mois, quand il fut pris, toutes les fois qu'il était étendu horizontalement, d'un besoin irrésistible de parler; ses paroles se succédaient avec une rapidité excessive et étaient peu distinctes, et ses idées incohérentes et ridicules. A cette époque, il bégayait aussi bien debout que couché, et avait la conscience du besoin irrésistible de parler et de l'absurdité de ses remarques, mais ne pouvait s'en abstenir.

Après que ces symptômes eurent duré quelque temps, sa tête commença à tourner rapidement d'une épaule à l'autre et présentait régulièrement quatre accès par jour de ce mouvement involontaire. La vue et le toucher n'avaient pas éprouvé le moindre trouble; le goût était vicié, ce qui semblait dépendre de l'état de l'estomac. A la suite de chaque attaque des mouvements involontaires, l'ouïe était si troublée qu'il ne pouvait reconnaître à la voix les personnes qui se trouvaient près de lui.

Cet homme, dont l'intelligence était un peu au-dessus de celle des ouvriers qui exercent la même profession, rendait compte de tout ce qu'il éprouvait avec une grande attention et un soin minutieux. Son extérieur annonçait moins d'intelligence qu'il n'en possédait réellement, et en le regardant on trouvait quelques-uns des caractères qui rappellent l'idiot, mais qui disparaissaient aussitôt qu'il était animé par la conversation. Dans les paroxysmes dont nous venons de parler, la tête s'agitait avec une rapidité extraordinaire d'une épaule à l'autre, décrivant une portion de cercle aussi large que le permettaient et sa position et les articulations. Il était impossible de compter les oscillations; mais il y en avait au moins vingt par quart de minute. A la suite de chaque paroxysme, la figure était fortement injectée, et l'individu paraissait épuisé et comme abasourdi. Non-seulement alors la disposition à bégayer était notablement augmentée, mais le malade répétait involontairement deux ou trois fois la même chose. Depuis un mois, cependant, les mouvements involontaires avaient cessé et le bégaiement était moins prononcé et moins fréquent, lorsque M. Holland soumit le malade au traitement qui fut à la fois constitutionnel (général) et local.

Les circonstances qui avaient précédé l'invasion de la maladie, les années qu'avait passées le malade dans les mines obscures et humides, y respirant un air délétère, paraissant avoir dû agir primitivement sur l'appareil digestif, qui, le premier aussi, offrit des troubles, déterminèrent à regarder l'affection cérébrale comme le résultat d'un trouble constitutionnel et de l'influence funeste de l'air impur respiré pendant si longtemps. D'après cette manière de voir, on prescrivit comme moyens généraux, et pendant quelques semaines, le mercure comme altérant, avec quelques laxatifs doux, et ensuite on continua les derniers avec des toniques actifs; puis on agit localement par l'application de plusieurs vésicatoires à la nuque, derrière les oreilles. En même temps, on surveillait le régime avec grand soin, et on exigeait un exercice régulier en plein air.

Au bout de six mois de ce traitement, le malade était complétement rétabli.

L'auteur pense que, dans ce cas, la lésion locale se trouvait dans la région de la moelle allongée; mais, avec bien de la raison, ne s'explique pas sur sa nature. Aussi, sans approuver ni improuver l'emploi des altérants chez ce sujet, ferons-nous remarquer la justesse des vues qui l'ont conduit dans la direction donnée au traitement. En France, où l'on ne tient compte que de l'élément inflammatoire, beaucoup de praticiens auraient préféré les saignées générales et locales, et, sous cette double cause de débilitation, l'état général se serait probablement aggravé, et la lésion locale n'aurait certainement pas cessé de faire des progrès.

Le docteur Holland voit, dans les phénomènes morbides si spéciaux présentés par ce sujet, l'indice de propriétés différentes dans les différentes parties du système cérébro-spinal, mais ne cherche pas à rien établir de positif sur ce point, se contentant de rapprocher plusieurs cas connus déjà dans la science, et qui ont offert quelque analogie avec le précédent.

De la prétendue stérilité des femmes qui sont nées d'un accouchement multipare lorsque des autres enfants étaient du sexe masculin, avec quelques notes sur la moyenne des mariages sans enfants dans la société générale; par le docteur J. Simpson.

(The Edinburg medical and surgical Journal.)

L'auteur a voulu s'assurer de l'exactitude de l'opinion vulgaire, que quand deux jumeaux sont de différent sexe la femme reste stérile; et l'examen auquel il s'est livré, à cette occasion, sur ce qui arrive dans les différentes espèces animales et chez l'homme, lui a démontré que cette opinion, vraie dans un certain nombre de cas chez la vache, ne l'est plus pour les autres animaux ni même pour l'homme. Les faits fort intéressants qu'il a réunis et que nous regrettons de ne pouvoir reproduire lui ont démontré que, dans l'espèce humaine, les femmes nées d'un accouchement bipare en même temps qu'un garçon peuvent avoir autant d'enfants que les autres femmes, et que la même loi de fécondité, dans les cas de portées bipares et de sexes différents,

se retrouve chez tous les animaux domestiques unipares, à l'exception de la vache seule.

Quant à cette exception elle-même, elle représente un fait extrêmement curieux et inexpliqué jusqu'à ce moment : c'est que, chez la vache, l'existence dans la matrice de deux fœtus de sexe différent entraîne presque nécessairement chez celui du sexe féminin une altération notable des organes sexuels et de ces organes seulement, tandis que ceux du mâle ont tout leur développement. Pourquoi, demande M. Simpson, cette exception chez la vache seulement, et seulement dans les cas de double portée ? Et pourquoi, lorsque la portée est composée de deux mâles ou de deux femelles, les deux individus offrent-ils l'organisation sexuelle complète et sont-ils aptes à se reproduire? Toutes ces circonstances considérées en même temps forment, sous le point de vue de l'origine des difformités, l'un des faits les plus étranges et les plus inexplicables que présente l'étude du développement anormal.

Recherches statistiques et pathologiques sur la phthisie pulmonaire ; par le docteur Rob Boyd, médecin résidant de l'infirmerie de Ste-Mary-le-Bone.

(The Edinburg medical and surgical Journal.)

Ce mémoire contient une analyse de 206 cas de phthisie pulmonaire terminés par la mort, à l'infirmerie, dans l'espace de trois années, de 1840 à 1842 inclusivement. Chaque observation offre, en deux ou trois lignes, quelques documents sur le sujet et sa maladie, et le résultat nécropsique en huit ou dix lignes, avec indication du poids de la plupart des organes : les poumons, le cœur, le foie, les reins, la rate, etc. Toutes ces observations sont rangées suivant l'âge des sujets, depuis 6 mois jusqu'à 90 ans, qui était l'âge du plus ancien. Quelques-uns des résultats obtenus de cette masse considérable de faits authentiques, puisque l'autopsie a permis, dans tous les cas, de constater l'exactitude du diagnostic, sont assez intéressants pour que nous croyions devoir les faire connaître ; et d'abord, nous donnons l'âge de ces 206 sujets distribués par l'auteur en trois classes.

Première classe.

	Garçons.	Filles.
Au-dessous d'un an.	4	2
De 1 à 2 ans.	2	3
2 à 3 ans.	4	0
3 à 7 ans.	6	3
7 à 11 ans.	2	1
Total.	18	9

Deuxième classe.

	Hommes.	Femmes.
De 11 à 20 ans.	2	3
20 à 30 ans.	18	10
30 à 40 ans.	24	14
40 à 50 ans.	31	19
50 à 60 ans.	18	4
Total.	93	50

Troisième classe.

	Hommes.	Femmes.
De 60 à 70 ans.	11	8
70 à 80 ans.	6	5
80 à 90 ans.	3	1
90 ans et au-dessus.	1	1
Total.	21	15

Il résulte de ces chiffres que le nombre des hommes a excédé celui des femmes dans la proportion de 1,795 à 1 ; que l'époque de la vie où l'on est le moins exposé à la phthisie est, chez les deux sexes, jusqu'à 20 ans ; que celle au contraire où cette maladie est le plus fréquente est de 30 à 50 ans ; et enfin, que la vie moyenne de 132 phthisiques du sexe masculin a été de 39 ans et 1 mois, et celle de 74 femmes, de 39 ans et 9 mois.

Le poids moyen des divers organes des phthisiques, au moment de leur mort, pourrait encore fournir quelques données intéressantes ; mais, n'ayant pas la moyenne de ces mêmes organes à l'état normal, pour laquelle l'auteur renvoie à un autre numéro du même journal, nous ne pouvons les reproduire ici.

Cette communication présente encore quelques détails intéressants, mais trop vaguement établis pour être reproduits, sur les lésions trouvées dans les poumons des personnes âgées, et qui semblent bien indiquer les traces d'anciennes cavités tuberculeuses. Ces lésions, qui occupent ordinairement le sommet des poumons, consistent en des adhérences avec froncement et opacité de la plèvre pulmonaire, avec sensation d'un noyau au-dessous, dû à la présence d'une certaine masse de tissu cellulaire induré, souvent de matières terreuses et calcaires, quelquefois d'une petite quantité d'un liquide purulent ; le tout compliqué fréquemment d'un état emphysémateux de l'organe. Aussi, l'auteur est-il disposé à conclure de cette complication que l'emphysème sert, dans ces cas, à prolonger l'existence, et demande si on ne pourrait pas, dans certains cas de phthisie, retarder les progrès de la maladie en produisant artificiellement l'état emphysémateux des poumons.

Sur la valeur comparative des préparations de mercure et de celles d'iode dans le traitement de la syphilis ; par M. Hocken.

(The Edinburg medical and surgical Journal.)

L'auteur examine successivement les trois questions suivantes : 1° Quelle est la valeur intrinsèque du mercure et de l'iode? 2° Laquelle de ces deux substances convient le mieux dans les différentes formes de la syphilis? 3° Quelles sont les préparations dont l'emploi est le plus avantageux ?

Les considérations très-développées dans lesquelles M. Hocken entre à propos de ces trois questions peuvent être résumées dans les propositions suivantes. Le mercure et l'iode sont les deux principaux remèdes qui composent le meilleur et le plus sûr traitement des divers symptômes de la syphilis, quoique ni l'un ni l'autre ne doive être regardé comme un spécifique et ne puisse non plus agir d'une manière favorable s'il est administré empiri-

quement. Le mercure convient particulièrement dans l'induration ou syphilis primitive. Cet agent, dans les symptômes secondaires, est presque la condition *sine quâ non* de la guérison; mais, pour les symptômes tertiaires, il est ou inutile ou nuisible. L'iode est un médicament à peu près insignifiant dans les symptômes primitifs, excepté cependant dans la forme phagédénique qui se lie avec une débilité marquée et une altération prononcée de la santé. Quant à la syphilis constitutionnelle, il a moins de valeur que le mercure dans la majorité des phénomènes secondaires, excepté cependant les éruptions pustuleuses graves, les ulcères de la gorge, le rupia, les ulcérations secondaires de mauvais caractère, tous accidents liés à une cachexie marquée. L'iode, au contraire, a plus d'action que le mercure dans la syphilis tertiaire; c'est là que ses bons effets sont le plus tranchés. Dans les cas qui tiennent par leur nature et de la syphilis secondaire et de la syphilis tertiaire, on se trouve bien de combiner l'emploi de l'iode et du mercure. Plusieurs préparations mercurielles différentes sont applicables à chacune des formes de l'affection; mais on doit toujours préférer celle qui est capable de dompter le mal en produisant le moins de réaction générale sur l'organisme. Quant à l'iode, la seule préparation qu'on puisse employer sûrement dans le traitement de la syphilis est l'iodure de potassium; encore ne doit-on le donner qu'à doses modérées. Enfin, quelque avantageux que soit l'iodure de potassium dans certaines formes de la syphilis, il ne peut point mériter d'être substitué au mercure dans la grande majorité des cas.

Cas de mort par asphyxie provenant d'une cause mécanique; par M. Jackson.

(The Edinburgh medical and surgical Journal.)

Il n'y a rien de bien rare, on le sait, à voir les vieillards ou les aliénés, atteints de paralysie générale, mourir étouffés par un morceau de viande trop volumineux qu'ils n'ont pu avaler et qui s'est arrêté à l'isthme du gosier, en obstruant l'entrée des voies aériennes. *La Gazette médicale* en a rapporté plusieurs exemples remarquables. Le cas suivant offre avec ceux-ci une grande similitude; car il est relatif à un homme auquel un accident pareil arriva pendant qu'il était plongé dans l'ivresse, c'est-à-dire dans un état qui, comme la paralysie générale, ne permettait pas le libre exercice des muscles de la déglutition non plus que de ceux qui président à l'expulsion des corps étrangers arrêtés dans les voies respiratoires.

Obs. — M. Jackson fut appelé en toute hâte auprès d'un homme que l'on croyait moribond, et que, en effet, il trouva mort à son arrivée. Les assistants pensaient qu'il était mort d'ivresse. En faisant l'ouverture du corps, le médecin reconnut d'abord toutes les altérations que produit ordinairement l'asphyxie; mais lorsque, continuant ses recherches, il ouvrit le pharynx et la trachée, ce ne fut pas sans étonnement qu'il aperçut un morceau triangulaire de pelure de pomme de terre, lequel fermait complétement la glotte, retenu par une de ses extrémités dans la partie postérieure de cet orifice; ses deux autres bords flottaient librement au-dessus de lui, formant là une sorte de soupape qui se soulevait dans l'expiration, et retombait dans l'inspiration, de manière à oblitérer complétement l'ouverture et empêcher l'accès de l'air.

M. Jackson apprit alors que le malade avait dîné ce jour-là avec des pommes de terre, qu'il avait été boire jusqu'à tomber ivre mort; que, revenu alors chez lui et mis au lit, il avait été pris de vomissements à la suite desquels il était mort. Très-probablement donc ce sont les vomissements qui avaient ramené le corps étranger dans le lieu où on le rencontra après la mort.

L'auteur termine cette intéressante observation en faisant la remarque que si l'accident fût survenu dans un mauvais lieu ou pendant une querelle, circonstances auxquelles les ivrognes sont si exposés, on aurait très-certainement attribué la mort à une violence involontaire ou préméditée, et le soupçon serait tombé sur des personnes à coup sûr très-innocentes du fait.

Sur l'usage médical du gaz ammoniacal; par M. A. Smée,

(The Lond. med. Gaz.)

On ne peut nier que les médicaments administrés sous forme de gaz ou de vapeurs soient promptement absorbés par les tissus et agissent d'une manière très-efficace, même lorsqu'ils sont donnés à petites doses. Nous ne connaissons que par les expériences de H. Davy et autres, l'action presque immédiatement mortelle de petites doses d'acide cyanhydrique, d'acide sulfurique, de brôme, etc.

M. Smée, ayant observé que les vapeurs dégagées d'un flacon qui contient de l'ammoniaque caustique liquide déterminent sur les membranes muqueuses des yeux, du nez, etc., une irritation à la suite de laquelle se manifeste une abondante sécrétion de liquide à la surface de ces membranes, conçut l'idée de faire quelques essais sur l'action thérapeutique de ces vapeurs.

L'action immédiate de ces gaz, pris par voie d'inhalation, est de déterminer une sécrétion servant à lubréfier la membrane muqueuse qui, antérieurement, était sèche ou recouverte de mucosités épaisses et gluantes; il agit donc tout à fait à la manière des expectorants. Pour atteindre plus sûrement ce but, l'auteur a recours à l'un des appareils imaginés par Ramadge pour l'inhalation des gaz.

Quant aux maladies dans lesquelles ces inhalations sont utiles (pour la plupart du temps d'une manière palliative seulement; ce qui d'ailleurs est encore d'un grand avantage pour le malade aussi bien que pour le médecin), l'auteur signale les suivantes :

1° Enrouement chronique, surtout en tant que suite de la grippe.

2° Angine tonsillaire à son début; ainsi, lorsque les premières difficultés de déglutition se montrent, deux ou trois inhalations suffisent pour prévenir le développement ultérieur de la maladie.

3° Ulcérations syphilitiques du gosier, particulièrement lorsque l'état des forces du malade ne permet pas de recourir à l'emploi des autres moyens.

4° Dans cette forme de l'asthme où les extrémités

sont froides, le pouls faible et les forces de l'individu tellement déprimées que l'usage interne du carbonate d'ammoniaque paraît indiqué, l'inhalation du gaz dont il s'agit procure un soulagement immédiat.

5° Dans les cas où, sous l'influence du froid, les voies aériennes sont le siége d'un sentiment particulier de constriction, le gaz ammoniac paraît diminuer et faire cesser le spasme, et par suite faciliter la respiration,

6° Le gaz ammoniac est, pour certains poisons, l'antidote immédiat ; par exemple, pour le brôme qui déprime d'une manière si prompte la vitalité du sang et l'activité du cœur. Il agit d'une manière semblable contre l'acide hydrocyanique.

Le gaz ammoniac est, au contraire, contre-indiqué dans les cas de fièvre et d'inflammation aiguë, même lorsque le siége du mal est éloigné de l'appareil respiratoire, parce que l'ammoniaque absorbé agit comme irritant sur tout l'organisme.

Efficacité de l'acide carbonique contre la goutte ; par M. J. Parkin.

(The Lond. med. Gaz.)

L'auteur a déjà fait connaître les résultats de son expérience sur l'emploi de ce moyen ; il publie aujourd'hui deux nouvelles observations qui lui ont été communiquées par des confrères.

Un Espagnol, âgé de quarante ans, atteint d'une goutte aux pieds et aux mains qui revenait ordinairement trois fois par an, eut recours à l'acide carbonique dans un de ses accès qui offrit un degré de gravité inaccoutumé. Toutes les trois heures, il prit une dose d'eau carbonique, et cela avec un tel succès, qu'au bout de trois jours il resta à peine quelques vestiges des douleurs et de l'état inflammatoire. Le médicament fut continué et pris trois fois par jour, et sous son influence, les dernières traces de la maladie ne tardèrent pas à disparaître.

Dans un nouvel accès, le malade recourut au même moyen dès les premiers instants de l'invasion, et quelques jours suffirent pour combattre le mal.

L'auteur, surpris lui-même d'un succès aussi prompt et aussi signalé, croit devoir l'attribuer en partie à cette circonstance, qu'en Espagne beaucoup de maladies ont une intensité moindre et offrent moins de complications qu'en Angleterre. Cependant, suivant l'auteur, le gaz acide carbonique doit, par sa propre action, éloigner, dans un temps plus ou moins long, selon la gravité de la maladie, la cause de la goutte (cette cause réside, d'après lui, dans un principe morbide du sang, qui, par sa combinaison avec le gaz acide carbonique, perd toute sa nocuité) et ainsi diminuer la durée de l'accès, tout en prolongeant les intervalles qui séparent les paroxysmes.

Il n'est pas besoin de dire ici que ce mode de traitement resterait impuissant s'il existait déjà des lésions de structure dues à des accès antérieurs.

De l'auscultation du cerveau.

(The americanJournal of the medical Sciences.)

Dès l'année 1833, plusieurs médecins américains signalèrent, à Boston, l'auscultation cérébrale. Mais les bruits qu'ils constatèrent, à cette époque, ne purent l'être en France. Dès lors, l'auscultation du cerveau ne fut plus pratiquée.

Cette méthode d'exploration vient d'être étudiée de nouveau par M. Whitney, de Massachusset ; il donne les résultats de cinq années d'observations. Dans le mémoire qu'il vient de publier, il parle d'abord de quatre bruits que l'oreille perçoit sur la tête des enfants en bonne santé, avant la clôture de la fontanelle. Ces bruits sont : le son céphalique de la respiration, celui du cœur, celui de la voix et celui de la déglutition. Plus tard, ces bruits sont modifiés considérablement par les progrès de l'âge.

L'auteur étudie surtout les modifications du *son céphalique du cœur* et celles des *sons céphalique et de la voix* dans les maladies de l'encéphale. Ce dernier bruit décèle l'existence de l'hydropisie du cerveau ; et il ressemble tellement au principal signe caractérisque de l'épanchement thoracique, que M. Whitney l'appelle une véritable *égophonie* cérébrale. Il décrit également un *bruit de souffle céphalique*, qui s'observe dans l'hypérémie cérébrale, l'encéphalite, l'hydrocéphale chronique, la compression du cerveau, l'induration cérebrale, l'ossification des artères encéphaliques, l'anévrisme de l'artère basilaire et l'anémie. M. Withney décrit un *frémissement cutané*, qu'il a observé dans l'anévrisme de l'artère basilaire. Enfin, *le bruit de poussin*, modification un peu forte du bruit de souffle, se rencontre seulement dans les cas d'excessive anémie du cerveau.

M. Withney remarque, en terminant, que le praticien le plus attentif éprouvera bien quelques difficultés à saisir au passage ces divers bruits cérébraux ; que longtemps et souvent ils lui échapperont, comme cela lui est arrivé à lui-même ; mais qu'une fois qu'il y sera bien exercé, il ne les confondra jamais entre eux et saura leur assigner leur vrai caractère pathologique, ce qui peut, plus tard, avoir sa valeur en diagnostic.

Journaux italiens.

Recherches anatomo-physiologiques sur les usages du thymus ; par L. Picci.

(Annali univers. di med., sept 1843.)

Après avoir rappelé les deux hypothèses les plus accréditées qui ont cours dans la science au sujet des usages du thymus, l'une qui appartient à Philippe Verhegen, et reprise depuis par Caldani, qui consiste à considérer cet organe comme une glande servant à l'elaboration de la lymphe avant qu'elle soit transportée par des canaux particuliers dans le canal thoracique ; l'autre, proposée par Hewson, dans laquelle le thymus aurait pour usage de sécréter une humeur particulière qui, en pénétrant dans la masse du sang, en faciliterait l'assimilation : l'auteur de ce mémoire propose, lui aussi, son hypothèse. Suivant lui, le thymus est un organe qui supplée au poumon : ses usages, pour ainsi dire mécaniques, consistent à maintenir les rapports de proportion nécessaires dans le développement de la

poitrine relativement aux poumons chez le fœtus avant la naissance, et dans le développement des poumons relativement au thorax après la naissance. Il commence par établir comme une loi sur l'organisme, qu'il existe un rapport constant de proportions dans le développement de toutes les parties. Il cherche ensuite à appliquer cette loi à la poitrine. Les poumons étant pour ainsi dire atrophiés avant la naissance, parce qu'ils n'ont pas de fonctions à remplir, et ne pouvant par conséquent se trouver en rapport de proportion avec la cavité thoracique, la nature ne pouvait mieux remplir son but qu'avec le thymus. Cet organe, dit-il, prend d'autant plus de développement chez le fœtus, que les poumons en prennent moins, et chez le nouveau-né il leur offre d'autant plus d'espace, qu'il va lui-même en s'atrophiant. En effet, c'est seulement chez l'adulte que le thorax se modèle parfaitement sur les poumons, tandis que, dans un âge plus tendre, c'est le thymus qui se modèle à leur place sur le thorax. Si cet organe ne fût pas venu maintenir le rapport nécessaire et proportionnel de développement, le thorax eût présenté un développement trop considérable eu égard à l'organe pulmonaire, et, pour y remédier, la nature eût dû faire en sorte que les parois de la poitrine fussent modelées jusqu'à la naissance sur les poumons eux-mêmes. Mais s'il en eût été ainsi, comme les os réclament pour leur développement un plus grand espace de temps que l'organe pulmonaire, ce dernier n'aurait-il pas été soumis à une compression dangereuse? ce qu'on comprendra d'autant plus facilement que les poumons n'augmentent pas seulement de volume par les progrès de la nutrition, mais bien aussi par suite de la pénétration du sang et de l'air dans leur intérieur. La situation du thymus dans le médiastin antérieur et sur la ligne médiane, la texture même de cet organe, le développement plus grand qu'il présente dans sa partie inférieure, lui paraissent encore des arguments en faveur de son opinion. A cette circonstance que, chez beaucoup de nouveau-nés dont le thorax est fort développé, le thymus continue à s'accroître peu à peu jusqu'à la fin de la seconde année, et ne commence à s'atrophier que lorsque les poumons ont pris leur entier développement et la circulation du sang s'est tout à fait perfectionnée, s'ajoutent des observations tirées de l'examen des animaux, et qui montrent que tous les animaux pourvus de poumons semblables à ceux de l'homme sont également pourvus de thymus, tandis que cet organe manque chez les animaux qui respirent par des branchies ou des poumons membraneux. En outre, chez les animaux hybernants, le thymus présente des alternatives d'augmentation et de décroissance, pendant qu'il se montre à son maximum de développement chez les animaux amphibies. Enfin l'auteur voit un dernier argument en faveur de son hypothèse dans cette circonstance pathologique que, dans la phthisie pulmonaire, on trouve ordinairement le thymus assez développé.

Recherches expérimentales sur les conditions pathologiques et sur le traitement de la chlorose; par le docteur G. Corneliani, professeur de clinique médicale à l'Université de Pavie.

(Annal. univer. di med., mars.)

Dans ce mémoire, l'auteur s'est efforcé de rechercher expérimentalement quelle est la nature de la chlorose, considérée comme maladie de l'excitation vitale et de l'assimilation organique, afin de déterminer ensuite les changements que les préparations ferrugineuses impriment aux fonctions de la vie organique et assimilatrice, ainsi qu'à l'excitation vitale du cœur et des vaisseaux sanguins.

Ses observations ont porté sur 50 chlorotiques, 46 femmes et 4 hommes. La maladie n'était pas chez tous au même degré. La chlorose était simple ou compliquée d'une autre maladie, unie à l'aménorrhée ou coïncidant avec une menstruation régulière.

Chez les chlorotiques, indépendamment de toute inflammation ou de toute autre maladie, le sang présente les caractères suivants : il se coagule plus rapidement que le sang inflammatoire ou le sang sain, c'est-à-dire dans un intervalle de huit à neuf minutes. Il renferme constamment une quantité considérable de sérosité jaune-verdâtre assez liquide. Le caillot est peu considérable et présente souvent à sa surface une légère teinte rosée, et au-dessous une couleur noirâtre; mais jamais, à moins de complications, on ne trouve de couenne.

Les observations que le docteur Corneliani a faites sur l'altération du sang dans la chlorose se rapprochent beaucoup plus de celles de MM. Andral et Gavarret, et de M. Hoefer, que de celles de M. Allié, de M. Denis, et de M. Le Canu. Il a trouvé que le sang renferme constamment une très-grande quantité d'eau, et qu'il y a une diminution considérable dans les globules, l'hématosine et le fer; tandis que MM. Andral et Gavarret assurent que la quantité de fer n'est pas diminuée. Cette diminution se trouve exprimée en chiffres dans le tableau suivant, que l'auteur a placé à la fin de son mémoire, et qu'il a fait suivre de l'augmentation qu'éprouvent ces différents éléments sous l'influence des préparations ferrugineuses.

Maximum et minimum de quantité de quelques-uns des principes composants du sang chez les chlorotiques avant et après l'usage du fer.

Avant l'usage du fer.

	Globules.	Fer.	Eau.
Maximum.	69,71	1,70	881,91
Minimum.	30,80	0,72	836,91

Après l'usage du fer.

	Globules.	Fer.
Maximum d'augmentation.	53 à 141,16	1,57 à 4,47

Quant à la quantité d'albumine et de fibrine, elle varie beaucoup chez les sujets sains, et chez les chlorotiques en particulier, suivant le genre d'alimentation, la puissance de l'individu, et l'époque de la journée à laquelle on extrait le sang.

Au reste, ce n'est qu'au bout d'un mois de l'usage du fer que l'on observe une augmentation notable

dans les globules, l'hématosine et le fer, en même temps qu'une diminution du principe séreux, de manière que dans un mois ou deux le sang a repris ses qualités naturelles, quel que soit d'ailleurs le degré de la chlorose. L'auteur, pour se mettre à l'abri d'une cause d'erreur signalée par Denis et Werner, à savoir que les globules augmentent de quantité par suite d'une nutrition meilleure et d'une chylification plus abondante; pour éviter qu'on n'attribuât au régime diététique trop animalisé l'augmentation des globules, qui a toujours lieu sous l'influence des préparations martiales, a soumis un grand nombre de chlorotiques traités par le fer au régime purement végétal, et il a vu s'opérer chez ces sujets les mêmes changements; tandis que chez ceux qui étaient soumis à un régime animalisé il se produisait une grande quantité d'albumine et de fibrine; circonstance qui n'était pas sans inconvénient, lorsqu'on n'avait pas eu la précaution de faire d'abord disparaître la surexcitation du cœur et du système vasculaire.

Le professeur de Pavie se demande encore si le sang est seul altéré dans la chlorose, et si lui seul éprouve des changements particuliers par l'administration des martiaux. Il cherche ensuite à démontrer expérimentalement que le trouble des fonctions gastriques entre pour beaucoup dans la production de la chlorose, et qu'elle dépend d'une sécrétion anormale des humeurs qui servent à la digestion, opinion qui avait déjà été émise par le docteur Speranza. Il signale chez les chlorotiques la production pendant la digestion d'une quantité très-considérable d'acide lactique.

Quant à l'influence que les préparations ferrugineuses exercent sur l'excitabilité du cœur et du système sanguin, l'auteur fait remarquer que, par leur usage, le pouls se ralentit, tombe de 90 à 100, et de 120 à 60, 50, quelquefois même 40 pulsations par minute, ce qui arrive ordinairement dans l'espace de dix à quinze jours, avant même qu'il se soit opéré un changement bien sensible dans la composition du sang : en outre, le pouls prend un peu plus de moelleux et d'étendue, quoiqu'il reste toujours un peu faible.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans tous les développements dans lesquels il entre pour réfuter l'opinion de Tommasini, qui fait de la chlorose une véritable pléthore avec artérite, et celle de M. Andral et de M. Bouillaud, qui la font consister dans une polyanémie avec faiblesse des parois artérielles.

Citons encore, cependant, les expériences auxquelles il s'est livré sur les divers degrés d'efficacité que présentent les préparations martiales. Il pensait d'abord que le lactate et le sulfate de fer étaient les préparations les plus actives; mais il n'a pas tardé à reconnaître que la limaille de fer agissait avec la même efficacité dans le même espace de temps, ce que l'on comprend facilement par suite de la présence de l'acide lactique dans l'estomac des chlorotiques. L'auteur s'est d'ailleurs assuré que la quantité de lactate de fer absorbée dans les vingt-quatre heures n'est pas plus de 5 à 6 grains, quelle que soit la dose que l'on ait prescrite, et cependant il pense qu'il faut en donner un peu plus, 8 à 10 grains par exemple, parce qu'une partie est évacuée avec les déjections alvines. Il en est de même des autres préparations ferrugineuses.

Voici les conclusions par lesquelles le docteur Corneliani a terminé ce remarquable mémoire :

1° L'essence de la chlorose se compose de deux conditions pathologiques solidaires l'une de l'autre : la première consiste dans une surexcitation du cœur et des vaisseaux artériels; la deuxième dans une altération chimico-vitale des fonctions assimilatrices de la chylification et de l'hématose. Il est impossible de déterminer laquelle de ces conditions pathologiques est primitive et préexiste à l'autre;

2° Il n'y a pas de traitement plus efficace et plus sûr de la chlorose que l'administration des ferrugineux, parce qu'ils font disparaître en même temps les deux conditions pathologiques qui tiennent la maladie sous leur dépendance;

3° L'action du fer sur l'organisme est double : elle s'exerce d'abord sur l'excitabilité du cœur et du système sanguin, puis sur les fonctions de la digestion et de l'hématose;

4° Il n'y a pas grande différence dans l'efficacité relative des préparations ferrugineuses : elle dépend seulement de leur solubilitié plus ou moins grande dans les liquides animaux, et peut être aussi de leur facilité à se laisser désagréger par la digestion;

5° L'addition d'un acide quel qu'il soit, combiné avec le fer, concourt très-peu à en accroître l'efficacité;

6° La limaille de fer se convertit dans l'estomac des chlorotiques en lactate de fer;

7° Il est inutile de donner des doses excessives de préparations ferrugineuses, et leur administration peut bien n'être pas sans danger.

Sur les propriétés de l'ergot des graminées et de son action sur l'homme sain; par M. Parola.

(Annali universali di medicina.)

Obs. I. — Un jeune homme de 24 ans se fit recevoir à l'hôpital; mais on découvrit bientôt qu'il n'avait aucune maladie. Le 17 décembre 1842, son pouls étant à 67 et les inspirations au nombre de 20 par minute, on lui donna 30 grains de poudre de seigle ergoté. Deux heures après, abattement, frissons, peau froide, dyspnée. Pouls faible, lent, tombé à 60; face pâle, pupilles dilatées.

Le lendemain, une même dose du médicament amena un redoublement dans les symptômes; diminution encore plus marquée des forces et de la chaleur; pouls à 58, respiration à 15.

Les troisième et quatrième jours, le malade continue, malgré le cessation du médicament, à ressentir de la faiblesse, et son pouls est encore lent.

Obs. II. — Un jeune étudiant en pharmacie consentit à se soumettre à l'expérience. Il était bien portant, si ce n'est qu'il avait l'habitude de se faire tirer du sang de temps en temps pour une hypertrophie du ventricule gauche.

Le 3 juin, il prit 10 grains de sécaline obtenue selon la méthode de Wiggers. Le 6, il en prit 12 grains; et le 7, 3 grains de l'extrait résineux. Le premier jour, son pouls, qui était auparavant à 67,

dur et plein, tomba à 61, un peu plus mou. Après la seconde prise, il fut à 60, et il y eut une diminution notable des battements du cœur, ainsi qu'une prostration assez marquée. Mais la troisième dose amena surtout un changement remarquable. Le sujet se trouvait faible, comme si on lui eût tiré du sang, et le pouls ne battait plus que 48. La face devint pâle et abattue. Pendant plusieurs jours encore, les palpitations habituelles cessèrent.

Obs. III. — L'auteur lui-même n'a pas hésité à répéter sur lui la même expérience. Le 17 décembre, se trouvant dans un état de santé parfaite, il prit 20 grains d'ergot de seigle pulvérisé. Au bout d'une heure, nausées, pesanteur de tête, resserrement douloureux à l'épigastre, frissons le long des membres, inertie musculaire portée au point que remuer les doigts était devenu pour lui un mouvement pénible. Le pouls, de 74, était descendu à 62.

Cet état dura pendant trois heures; le pouls tomba même jusqu'à 60. M. Parola ayant bu un peu de vin à son repas, remarqua qu'il n'en résulta pas, comme c'est chez lui l'ordinaire, de céphalalgie.

Sur un nouveau critérium pour déterminer l'opportunité de la saignée; par M. Polli.

(Annali universali di medicina.)

M. Polli propose de consulter *la rapidité plus ou moins grande avec laquelle se coagule le sang des diverses saignées, et même celui que l'on obtient aux diverses époques de la même saignée.* Si la coagulation ne s'est faite que lentement, on peut saigner encore en toute assurance. Le coagulum se forme-t-il au contraire instantanément, il est temps de s'arrêter; et ce second précepte est d'une bien plus haute importance que le premier; car, si l'on peut sans grand danger s'abstenir d'une saignée qui eût abrégé la durée du mal, une évacuation sanguine intempestive n'est jamais chose indifférente et peut souvent causer directement la mort.

Il faudra, bien entendu, et l'auteur en fait aussi la remarque, tenir compte de la rapidité avec laquelle le sang que l'on étudie est sorti de la veine.

Du reste, les inductions à tirer de la présence ou de l'absence de la couenne sont absolument identiques à celles que fournit la coagulabilité plus ou moins prompte du sang; car, selon M. Polli, la formation de la couenne ne tient uniquement qu'à la lenteur avec laquelle le sang se coagule. Ce sont donc deux signes qui auraient et la même origine et la même signification.

Ces idées, confirmatives de celles de M. Andral, sont appuyées sur une série d'expériences, où l'auteur a constaté, dans des affections inflammatoires, que la rapidité avec laquelle le sang extrait se coagule est en effet d'autant plus grande qu'une quantité plus considérable de ce liquide a déjà été tirée.

Anomalie dans la situation et la forme de l'anus; par M. Agostinacchio.

(Il Filiatre Sebezio.)

Quelque rare qu'on doive la supposer, l'anomalie dont nous reproduisons ici la description mérite cependant d'être connue comme créant, sinon une complication nouvelle pour la cystotomie, du moins une cause d'embarras et de perplexité pour l'opérateur qui en rencontrerait une semblable.

M. Agostinacchio, ayant été appelé auprès d'un homme qui souffrait du côté des voies urinaires, reconnut chez lui l'existence de la pierre. Il se disposait en conséquence à pratiquer la taille latéralisée, lorsque, au moment d'opérer, il reconnut sur les parties mises à découvert le vice de conformation suivant. A la place de l'anus existaient quelques plis, mais sans ouverture. Un pli cutané s'étendait obliquement de haut en bas, et du raphé périnéal vers le côté gauche dans le lieu qu'occupe ordinairement l'incision qui se fait dans la taille latéralisée. C'est sous ce repli comme sous un pavillon que s'ouvrait l'orifice anal. Le chirurgien, craignant que cette disposition n'entraînât quelque anomalie dans la situation des artères du périnée, suspendit l'opération, voulant se donner le temps de chercher le procédé le plus convenable à appliquer dans ce cas. Mais le malade succomba en peu de jours, avant qu'on eût pu mettre à exécution un nouveau plan opératoire.

L'autopsie ne put être faite. On permit seulement à l'auteur d'exécuter sur le cadavre l'opération de la taille. Il y procéda par une incision latérale, faite 4 lignes au-dessus du pli cutané mentionné. Onze calculs furent ainsi retirés de la vessie. Il s'assura, après l'opération, que le rectum ne suivait pas la direction du pli cutané, mais que, aussitôt après l'orifice anal, il se recourbait en bas pour rejoindre la ligne médiane. L'incision aurait donc pu être faite sur le vivant, de même qu'elle avait été faite sur le cadavre, sans aucun risque de léser le rectum. Ce dernier n'était point adjacent au trajet suivi par le bistouri; car, en introduisant un doigt dans la plaie et un autre dans l'intestin, on ne put parvenir à les faire toucher l'un l'autre.

Sur l'action du sulfate de quinine; par M. Casorati et M. Arvedi.

(Gazetta medica di Milano.)

M. Arvedi, directeur de l'Ecole vétérinaire de Milan, voulant déterminer le mode d'action du sulfate de quinine, se livra aux expériences suivantes. Il fit prendre à quatre chevaux morveux cette substance à une dose qui fut progressivement portée, en douze ou quinze jours, de 20 grains à 2 onces et même 2 onces $^1/_2$, dans les vingt-quatre heures. Puis l'animal étant abattu, il trouva constamment dans le tube digestif des traces évidentes d'inflammation. La muqueuse de l'estomac offrait une rougeur parsemée de taches plus foncées. Cette membrane, couverte d'ulcérations, surtout vers le pylore, était en outre ramollie, et les parois de l'estomac hypertrophiées. De ces expériences, M. Arvedi conclut que le sulfate de quinine est un stimulant dont l'action s'exerce principalement sur le canal intestinal, le foie et aussi sur le cerveau.

M. Casorati, analysant ce travail, n'adopte point ses conclusions. Il admet toutefois comme vraies les expériences qui y sont consignées, mais il leur donne une signification toute différente et, selon nous,

beaucoup plus rationnelle. Loin d'être un excitant, le sulfate de quinine lui paraît, au contraire, indiqué dans toutes les maladies où la médication antiphlogistique est nécessaire. Mais il faut distinguer ce qui appartient à son action topique d'avec ses effets généraux. Appliqué sur la surface digestive, ce sel y détermine constamment une excitation. On comprend donc qu'il puisse être sédatif pour l'économie, tout en irritant les organes où il est déposé. On comprend aussi que si ces organes étaient déjà malades, ou si l'administration du médicament a besoin d'être vigoureuse ou longtemps continuée, la gastro-entérite, *de cause locale*, pourra être portée au point de déterminer les symptômes généraux d'une inflammation véritable. Mais ce n'est pas là une raison pour changer l'épithète du médicament. Le médecin éclairé y trouvera seulement un motif pour le prescrire chez les sujets à voies gastriques trop susceptibles; ou, s'il l'emploie chez eux, ce sera seulement en l'introduisant par la surface cutanée ou en lavements.

Quelques observations sur l'application de l'électricité galvanique au traitement de certaines affections organiques des yeux ; par M. le docteur C. Usiglio, de Corfou.

(Annali universali di medicina.)

M. Usiglio, voulant s'éclairer sur la valeur réelle des expériences et des essais thérapeutiques tentés successivement par Krussol, Zerche, Neumann, Le Roy-d'Etiolles, etc., a commencé par les répéter sur des lapins et des chiens, à l'aide de la pile voltaïque, et les résultats auxquels il est arrivé l'ont conduit aux conclusions suivantes :

1° L'action exercée sur les yeux par les pôles de la pile est variable.

2° L'action du pôle négatif consiste dans la décomposition d'une partie de l'humeur aqueuse dont l'hydrogène vient se rassembler, sous forme de bulles, autour de l'aiguille. Cette décomposition n'est pas déterminée, au contraire, par le pôle positif, qui, toutes choses égales d'ailleurs, paraît agir avec plus d'énergie sur le système nerveux, et donne lieu à une altération du contour de la pupille en même temps qu'à un changement de couleur du champ visuel.

3° Zerche a eu tort d'attribuer la formation des bulles qui se produisent à la dissolution de la cataracte, puisqu'en effet elles se développent de même par l'application du pôle négatif, aux yeux sains d'un animal.

4° Si l'opacité de la cornée est une conséquence de l'action du pôle positif, ce phénomène est produit avec une intensité bien plus grande encore par le pôle négatif.

5° La faculté dissolvante attribuée à l'action du pôle positif est bien loin d'être démontrée en fait, et quelquefois l'auteur a cru remarquer seulement une légère diminution de l'opacité, tandis qu'au contraire cette dernière est augmentée d'une manière notable par l'application du pôle positif.

6° Parfois, sous l'influence de l'action électrique et par la seule force de l'absorption, on voit l'opacité de la cornée disparaître dans l'espace de quelques jours, et cette particularité conduit à penser que cette opacité n'est pas due à la coagulation de l'albumine, car, dans des cas analogues, celle-ci ne peut plus être dissoute.

7° L'opacité de la cornée s'oppose souvent à ce qu'on puisse constater l'état du cristallin.

8° Quand on aperçoit, dans l'intérieur de l'œil, cette figure conoïde que certains praticiens ont confondue avec la cataracte artificielle, on la voit disparaître quelques heures après l'expérience.

9° Sous l'influence de l'action de l'électricité, les larmes sont sécrétées en plus grande abondance, les vaisseaux de la cornée s'injectent, et, après plusieurs mois de temps, il survient de l'inflammation.

10° Des courants d'une grande force, mais n'agissant que pendant quelques moments, ne donnent pas lieu à de graves désordres chez les chiens ni chez les lapins.

11° Enfin, la facilité qu'on a à se rendre maîtres des lapins et la grande dilatation dont leur pupille est susceptible, rend ces animaux très-convenables pour l'examen des effets produits par l'action des pôles d'une pile sur les yeux.

Appuyé sur ces résultats, et certain d'ailleurs de l'innocuité des applications électriques modérées sur l'œil, M. Usiglio a tenté alors quelques essais sur les yeux de l'homme malade.

Dans trois cas de taches survenues à la suite de longues ophthalmies, et qui avaient opiniâtrément résisté à tous les moyens indiqués en pareille circonstance (pommade de Guthrie, sulfate de zinc, nitrate d'argent, vésicatoires, purgatifs, etc.), l'emploi de l'électricité fut couronné d'un plein succès : le pôle négatif était placé sur la langue des malades et le pôle positif sur l'œil fermé.

Dans un cas d'albugo, l'électricité, continuée pendant un an, resta tout à fait impuissante, tandis qu'elle fut, au contraire, assez avantageuse dans un second cas du même genre.

De trois cas de cataractes absolument incurables par les autres moyens chirurgicaux, un seul présenta de l'amélioration; car, tandis que deux de ces trois sujets perdirent complétement la vue, le troisième eut le bonheur de voir son œil revenir presque complétement à l'état normal.

Dans le traitement de l'amaurose, l'électricité n'a pas paru amener le moindre avantage.

OBSERVATIONS MÉTÉOROLOGIQUES. — JUIN 1844.

JOURS.	9 HEURES DU MATIN. Barom. à 0°.	Therm. extér.	Hygr.	MIDI. Barom. à 0°.	Therm. extér.	Hygr.	3 HEURES DU SOIR. Barom. à 0°.	Therm. extér.	Hygr.	9 HEURES DU SOIR. Barom. à 0°.	Therm. extér.	Hygr.	THERMOMÈTRE. Maxim.	Minim.	ÉTAT DU CIEL A MIDI.	VENTS à MIDI.
1	752,53	+16,4		751,54	+19,6		750,37	+20.8		750,48	+16,3		+21,8	+10,6	Très-nuageux.....	N. E.
2	750,99	+14,6		750,53	+19,0		749,88	+20,6		750,71	+14,3		+21,5	+10,1	Beau.....	N. N. E.
3	755,74	+11,3		756,23	+13,4		757,39	+12,8		760,08	+10,5		+14,2	+ 9,1	Beau.....	N. N. O. f.
4	762,44	+11,6		761,65	+15,1		760,77	+17,1		760,44	+14,9		+17,8	+ 5,4	Beau.....	N.
5	758,86	+18,5		757,65	+20,1		756,32	+21,5		755,25	+16,8		+22,5	+ 8,9	Beau.....	S. S. E.
6	754,43	+17,4		754,34	+20,9		754,79	+17,3		756,33	+16,2		+23,0	+11,4	Très-nuageux.....	S. S. O. f.
7	758,59	+18,0		758,46	+19,8		758,61	+20,4		759,44	+15,4		+21,0	+13,0	Couvert.....	S. O.
8	760,32	+19,7		759,24	+22,2		758,20	+22,5		756,61	+18,7		+23,4	+11,3	Eclaircies.....	S. S. E.
9	756,21	+21,5		756,77	+24,3		756,87	+24,9		759,05	+18,5		+26,9	+14,7	Nuages.....	O. S. O.
10	758,41	+21,0		757,93	+25,0		757,61	+21,8		760,02	+16,5		+27,0	+14,5	Couvert.....	S.
11	762,54	+17,5		762,51	+21,2		761,74	+22,1		761,51	+19,5		+23,2	+10,8	Beau.....	E.
12	761,52	+20,7		761,06	+24,3		761,56	+24,8		761,88	+20,0		+26,8	+12,2	Beau.....	O.
13	760,33	+23,2		760,00	+25,6		759,01	+27,2		759,45	+21,5		+28,5	+14,4	Beau.....	O.
14	760,45	+18,5		760,22	+21,2		759,52	+22,4		759,99	+16,1		+23,7	+13,1	Beau.....	O.
15	759,77	+17,4		759,40	+19,2		759,16	+21,2		760,00	+14,0		+20,5	+11,0	Nuageux.....	N. O.
16	761,82	+17,4		761,59	+18,0		761,09	+19,1		761,75	+14,9		+20,0	+ 9,2	Nuageux.....	O. N. O.
17	761,09	+16,4		759,87	+18,9		757,88	+20,4		755,00	+17,9		+21,5	+ 9,9	Beau ciel.....	E. N. E.
18	750,12	+14,6		749,35	+16,0		748,48	+17,1		749,31	+12,2		+18,0	+13,4	Couvert.....	O.
19	753,60	+13,6		754,81	+14,8		756,58	+15,8		759,80	+12,2		+17,7	+11,5	Pluie.....	N. O.
20	762,17	+16,2		762,23	+17,8		761,27	+19,3		761,38	+16,9		+19,6	+ 8,9	Couvert.....	O. S. O.
21	759,02	+21,2		757,54	+23,4		755,87	+23,7		753,71	+20,9		+26,8	+12,2	Beau.....	S.
22	752,51	+23,8		752,58	+28,6		752,23	+29,0		752,62	+24,4		+31,4	+17,3	Nuageux.....	S.
23	752,73	+22,3		752,44	+25,3		751,74	+26,8		750,83	+21,6		+28,3	+17,8	Nuageux.....	S. S. E.
24	749,73	+27,4		749,88	+25,4		748,86	+28,8		748,06	+19,9		+30,4	+17,0	Couvert.....	S. S. E.
25	748,92	+19,3		748,21	+20,5		747,50	+18,0		748,37	+15,7		+23,0	+14,2	Très-nuageux.....	O.
26	749,69	+17,4		749,57	+20,8		749,94	+18,3		751,69	+15,2		+22,0	+13,3	Très-nuageux.....	O. S. O.
27	752,21	+15,4		752,21	+15,6		752,56	+16,1		753,31	+14,9		+18,9	+13,0	Pluie continuelle ...	O. N. O.
28	756,02	+18,7		756,20	+19,8		756,33	+20,5		757,77	+16,9		+21,9	+13,1	Quelques nuages...	O. N. O.
29	758,50	+18,4		758,13	+20,3		757,66	+22,5		756,69	+18,2		+23,7	+12,6	Très-nuageux.....	N. N. O.
30	753,45	+18,6		752,56	+19,5		752,30	+15,2		751,69	+14,5		+19,8	+14,0	Couvert.....	E. N. E.
1	756,85	+17,0		756,44	+19,9		756,08	+20,0		756,84	+15,8		+21,9	+10,9	... Moy. du 1er au 10	Pluie en cent.
2	759,34	+17,5		759,10	+19,7		758,63	+20,9		759,01	+16,3		+22,0	+11,6	... Moy. du 11 au 20	Cour. 3,711
3	753,26	+20,4		752,93	+21,9		752,50	+22,1		752,47	+18,2		+24,6	+14,5	... Moy. du 21 au 30	Terr. 3,325
	756,38	+18,3		756,16	+20,5		755,74	+21,0		756,11	+16,9		+23,2	+12,3	... Moyenne du mois.....	+17°,7

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 144e VOLUME.

5e SÉRIE, TOME XX. — AOUT 1844.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE (juillet 1844).

Bouligny. Note sur un procédé propre à faire connaître si une tache rouge est formée par du sang. 108
Ollivier (d'Angers). Mémoire sur l'appréciation des causes de différentes fractures des os du fœtus et des enfants à la mamelle, dans les enquêtes judiciaires. 109

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (juillet 1844).

Thore. Etudes sur les maladies incidentes des aliénés. 97

ANNALES DE LA CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE (juin 1844).

Ammon. Sur l'inflammation de l'uvée. 68

ANNALES DE THÉRAPEUTIQUE ET DE TOXICOLOGIE (juillet 1844).

Tommasini. De l'artérite lente, considérée comme cause de maladies diverses, en particulier de la chlorose, des hydropisies, etc., et de son traitement. 46

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (juillet 1844).

Valleix. Revue des recherches modernes sur les maladies du cœur. 39

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE (juillet 1844).

Valleix. Quelques considérations sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement de la gastrite aiguë, de la gastrite chronique et de la gastralgie. 54

GAZETTE DES HÔPITAUX (Nos 77, 80, 82, 85, 86, 88 et 92; 1844).

Récamier. Deux observations très-intéressantes d'affection cérébrale.—Hôtel-Dieu. 20
Rostan. Leçons cliniques sur les maladies du cerveau. Considérations générales.—Hôtel-Dieu. 22
Pajot. Leçons cliniques sur les maladies des yeux. —Hôpital de la Charité.—M. *Velpeau*. 60
Huguier. Leçons sur les maladies non vénériennes des organes génitaux de la femme.—Cancer de la vulve et du vagin.—Hôpital de Lourcine. 126

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 27, 29, 30, 32 et 33; 1844).

Bouisson (F.). Etudes sur le chyle. 11
Deschamps. Recherches anatomiques et physiologiques sur l'œuf et le corpus luteum de la femme et des mammifères; extrait d'un mémoire présenté à l'Académie des sciences, le 15 juillet 1844. 16
Forget (C.). Recherches cliniques sur les maladies du cœur. 27
Amussat (J. Z.). Relation d'une opération d'entérotomie lombaire, sans ouvrir le péritoine, pratiquée avec succès sur une femme âgée de 55 ans; suivie de quelques considérations sur l'anatomie pathologique de l'intestin colon lombaire: lue à l'Académie royale des sciences, le 30 juillet 1844. 89
Mayor (Mathias). Note sur l'extirpation des polypes utérins par torsion. 96

GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER (juin et juillet 1844).

Guépratte (Alph.). Recherches pratiques et raisonnées sur les résections des extrémités articulaires des os. 78

JOURNAL DE CHIRURGIE DE M. MALGAIGNE (juillet 1844).

Gerdy (P. N.). Recherches historiques et pratiques sur le renversement des cils contre le globe de l'œil, et sur la possibilité d'enlever une paupière tout entière et au moins une partie de l'autre sans que l'œil reste découvert. 70
Neucourt (F.). Remarques sur quelques phénomènes de l'amaurose et sur son traitement par la noix vomique, d'après des observations recueillies dans le service de M. *Malgaigne* (Hôpital des Cliniques). 73

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES (juillet 1844).

Gouraud (V. O.). De l'indication et de la formule de la saignée générale dans les maladies aiguës. 1

JOURNAUX ALLEMANDS.

CASPER'S WOCHENSCHRIFT.

Casper. Tétanos mortel par suite de l'extirpation d'un cor au pied. 150

HERH. UND WINCKL. JAHRB.

Ostermaier (O.). Nouveau ciment pour les dents. 150

MEDICINISCHE ZEITUNG.

Emploi de la créosote contre les nœvi materni. 151

SCHMIDT'S JAHRBUECHER.

De l'amaurose hystérique. 152

SCHWEIZERISCH ZEITSCHRIFT.

Weil. Empoisonnement des sangsues par le tabac. 151

ZEITSCHRIFT FUER DIE GES. MED.

Klem. Emploi de l'hydrolat d'amandes amères contre la gastralgie. 150
Gottschalk. Sur les mélanges médicamenteux employés comme styptiques. 151

JOURNAUX ANGLAIS.

THE AMERICAN JOURN. OF MED. SC.

De l'auscultation du cerveau. 159

THE EDINBURG MED. AND. SURG. JOURNAL.

Craigie. Note sur un cas de cyanose, ou maladie bleue, dépendant d'une adhérence mutuelle des valvules semi-lunaires de l'artère pulmonaire. 153
Christison. Observations de médecine légale; propriétés vénéneuses de l'écorce du faux ébénier (laburnum citisus). 154
Jones. Moyens de distinguer, sur de petites quantités, le sang couenneux de celui qui est à l'état normal. 155
Calvert Holland. Observation d'un cas où l'on a observé des phénomènes cérébraux pathologiques extraordinaires. 155
Simpson (J.). De la prétendue stérilité des femmes qui sont nées d'un accouchement multipare lorsque des autres enfants étaient du sexe masculin, avec quelques notes sur la moyenne des mariages sans enfants dans la société générale. 156
Rob Boyd. Recherches statistiques et pathologiques sur la phthisie pulmonaire. 157
Hocken. Sur la valeur comparative des préparations de mercure et de celles d'iode dans le traitement de la syphilis. 157
Jackson. Cas de mort par asphyxie provenant d'une cause mécanique. 158

THE LANCET.

Gay. Traitement de l'épididymite blennorrhagique par l'opium. 152
Emploi de l'électricité ou de l'électro-magnétisme dans le traitement de l'empoisonnement par le laudanum. 152
Gay. Hémorrhagie par un doigt coupé, substitutive de la menstruation. 153

THE LONDON MED. GAZ.

Smée (A.). Sur l'usage médical du gaz ammoniacal. 158
Parkin (J.). Efficacité de l'acide carbonique contre la goutte. 159

JOURNAUX ITALIENS.

ANNALI UNIV. DI MED. (septembre 1843).

Picci (L.). Recherches anatomo-physiologiques sur les usages du thymus. 159
Corneliani (G.). Recherches expérimentales sur les conditions pathologiques et sur le traitement de la chlorose. 160
Parola. Sur les propriétés de l'ergot des graminées et de son action sur l'homme sain. 161
Polli. Sur un nouveau critérium pour déterminer l'opportunité de la saignée. 161
Usiglio (C.). Quelques observations sur l'application de l'électricité galvanique au traitement de certaines affections organiques des yeux. 163

GAZETTA MEDICA DI MILANO.

Casorati et *Arvedi.* Sur l'action du sulfate de quinine. 162

IL FILIATRE SEBEZIO.

Agostinacchio. Anomalie dans la situation et la forme de l'anus. 162

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 144e VOLUME.

5e SÉRIE, TOME XX. — AOUT 1844.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQUE, PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

1. De l'indication et de la formule de la saignée générale dans les maladies aiguës; par *V. O. Gouraud.* 1

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

2. Etudes sur le chyle; par *F. Bouisson.* 11
3. Recherches anatomiques et physiologiques sur l'œuf et le corpus luteum de la femme et des mammifères; extrait d'un mémoire présenté à l'Académie des sciences, le 15 juillet 1844, par M. le docteur *Deschamps.* 16

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

4. Deux observations très-intéressantes d'affection cérébrale.—Hôtel-Dieu.—M. *Récamier.* 20
5. Leçons cliniques sur les maladies du cerveau. Considérations générales. — Hôtel-Dieu. — M. *Rostan.* 22
6. Recherches cliniques sur les maladies du cœur; par *C. Forget.* 27
7. Revue des recherches modernes sur les maladies du cœur; par M. *Valleix.* 39
8. De l'artérite lente, considérée comme cause de maladies diverses, en particulier de la chlorose, des hydropisies, etc., et de son traitement; par M. *Tommasini.* 46
9. Quelques considérations sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement de la gastrite aiguë, de la gastrite chronique et de la gastralgie; par M. *Valleix.* 54

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

10. Leçons cliniques sur les maladies des yeux; par M. *Pajot.* — Hôpital de la Charité. — M. *Velpeau.* 60
11. Sur l'inflammation de l'uvée; par le docteur *Ammon.* 68
12. Recherches historiques et pratiques sur le renversement des cils contre le globe de l'œil, et sur la possibilité d'enlever une paupière tout entière et au moins une partie de l'autre sans que l'œil reste découvert; par *P. N. Gerdy.* 70
13. Remarques sur quelques phénomènes de l'amaurose et sur son traitement par la noix vomique, d'après des observations recueillies dans le service de M. *Malgaigne* (hôpital des Cliniques); par *F. Neucourt.* 73
14. Recherches pratiques et raisonnées sur les résections des extrémités articulaires des os; par *Alph. Guépratte.* 78
15. Relation d'une opération d'entérotomie lombaire, sans ouvrir le péritoine, pratiquée avec succès sur une femme âgée de 53 ans; suivie de quelques considérations sur l'anatomie pathologique de l'intestin colon lombaire; lue à l'Académie royale des sciences, le 30 juillet 1844; par *J. Z. Amussat.* 89
16. Note sur l'extirpation des polypes utérins par torsion; communiquée par M. le docteur *Mathias Mayor.* 96

VII. PHRÉNOLOGIE, MALADIES MENTALES.

17. Etudes sur les maladies incidentes des aliénés; par M. le docteur *Thore.* 97

X. MÉDECINE LÉGALE ET POLICE MÉDICALE.

18. Note sur un procédé propre à faire connaître si une tache rouge est formée par du sang; par M. *Bouligny.* 108
19. Mémoire sur l'appréciation des causes de différentes fractures des os du fœtus et des enfants à la mamelle, dans les enquêtes judiciaires; par M. *Ollivier* (d'Angers). 109

B. CLINIQUE DES HÔPITAUX, DES MATERNITÉS ET DES MAISONS D'ALIÉNÉS.

20. Leçons sur les maladies non vénériennes des organes génitaux de la femme. — Cancer de la vulve et du vagin. — Fistules vulvaires et vaginales.—De leur traitement.—Hôpital de Lourcine.—M. *Huguier.* 126

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie royale des sciences de Paris. 131

Séances des 1er, 8, 15, 22 et 30 juillet 1844.

Cystite cantharidienne.—Seigle ergoté. — Bains de l'utérus et du vagin. — Renouvellement et régénération du vaccin. 131. — Constitution chimique des globules sanguins; nouvelle méthode d'analyse du sang. 132. —Sur l'exhalation d'azote pendant la respiration des granivores. — Diabète sucré guéri par les alcalis et les sudorifiques. 133.—Recherches sur la créosote. — Du climat de l'ancienne Gaule. 134.—Recherches sur les sexes et les organes des sens des annélides.—Amputation de l'épaule. 136.—Dépuration des eaux potables. —Extraction d'un corps étranger de la vessie. — Oxydation des substances organiques par l'acide iodique. —Organogénie végétale. 137.

Académie royale de médecine de Paris. 138

Séances des 2, 9, 16, 23 et 30 juillet 1844.

Orthopédie.—Suite de la discussion sur les ophthalmies. 138.—Morve aiguë communiquée du cheval à l'homme par morsure. 139.—Ablation de la rate.—Fistules vé-

sico-vaginales. — Arsenic des terrains de cimetières. 140. — Suite et fin de la discussion sur l'ophthalmologie. 141.—Liqueur de Fowler. 143.—Propriétés hémostatiques du suc d'ortie. — Morsure de vipère. 144. —Tumeurs contenant des vers. — Cas d'albuminurie avec strongles dans les urines. — Urtica aculeata. — Capsules métalliques. 145. — Extirpation d'une tumeur cancéreuse de l'S du colon. 146.

REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Nouveau ciment pour les dents ; par M. *O. Ostermaier.* 150
Tétanos mortel par suite de l'extirpation d'un cor au pied ; par M. le docteur *Casper.* 150
Emploi de l'hydrolat d'amandes amères contre la gastralgie ; par M. le docteur *Klem.* 150
Empoisonnement des sangsues par le tabac; par M. *Weil.* 151
Sur les mélanges médicamenteux employés comme styptiques; par le docteur *Gottschalk.* 151
Emploi de la créosote contre les nœvi materni. 151
De l'amaurose hystérique. 152
Traitement de l'épididymite blennorrhagique par l'opium ; par M. *Gay.* 152
Emploi de l'électricité ou de l'électro-magnétisme dans le traitement de l'empoisonnement par le laudanum. 152
Hémorrhagie par un doigt coupé, substitutive de la menstruation; par M. *Gay.* 153
Note sur un cas de cyanose, ou maladie bleue, dépendant d'une adhérence mutuelle des valvules semi-lunaires de l'artère pulmonaire ; par le docteur *Craigie.* 153
Observations de médecine légale ; propriétés vénéneuses de l'écorce du faux ébénier (laburnum citisus); par le professeur *Christison.* 154
Moyens de distinguer, sur de petites quantités, le sang couenneux de celui qui est à l'état normal ; par le docteur *Jones.* 155
Observation d'un cas où l'on a observé des phénomènes cérébraux pathologiques extraordinaires ; par le docteur *Calvert Holland.* 155
De la prétendue stérilité des femmes qui sont nées d'un accouchement multipare lorsque des autres enfants étaient du sexe masculin, avec quelques notes sur la moyenne des mariages sans enfants dans la société générale; par le docteur *J. Simpson.* 156
Recherches statistiques et pathologiques sur la phthisie pulmonaire ; par le docteur *Rob Boyd.* 157
Sur la valeur comparative des préparations de mercure et de celles d'iode dans le traitement de la syphilis ; par M. *Hocken.* 157
Cas de mort par asphyxie provenant d'une cause mécanique ; par M. *Jackson.* 158
Sur l'usage médical du gaz ammoniacal ; par M. *A. Smée.* 158
Efficacité de l'acide carbonique contre la goutte; par M. *J. Parkin.* 159
De l'auscultation du cerveau. 159
Recherches anatomo-physiologiques sur les usages du thymus ; par *L. Picci.* 159
Recherches expérimentales sur les conditions pathologiques et sur le traitement de la chlorose ; par le docteur *G. Corneliani.* 160
Sur les propriétés de l'ergot des graminées et de son action sur l'homme sain ; par M. *Parola.* 161
Sur un nouveau critérium pour déterminer l'opportunité de la saignée ; par M. *Polli.* 161
Anomalie dans la situation et la forme de l'anus ; par M. *Agostinacchio.* 162
Sur l'action du sulfate de quinine; par MM. *Casorati* et *Arvedi.* 162
Quelques observations sur l'application de l'électricité galvanique au traitement de certaines affections organiques des yeux; par M. le docteur *C. Usiglio.* 163
Observations météorologiques. 164
Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses; par *J.-G.-A. Lugol.* (Suite.) 17

RÉPONSE

A LA

CONSULTATION MÉDICO-LÉGALE

De MM. Broeckx, Van Camp, Matthyssens, médecins à Anvers, et Haine, médecin à Merxem; publiée par la Société de médecine d'Anvers sur le rapport judiciaire dressé par MM. Rul-Ogez, docteur médecin, etc., à Anvers, et Cools, médecin à Broechem; et qui a concouru à provoquer l'accusation d'infanticide portée contre la nommée Jeanne Catherine Bosschaerts, condamnée à la peine de mort, par arrêt de la cour d'assises de la province d'Anvers, en date du 6 mai 1840.

Comme je ne veux pas être ennuyeux, je n'entrerai pas en réflexions sur la mission que s'est imposée la Société de médecine d'Anvers (dont il est bon de dire que j'ai fait partie comme secrétaire et trésorier pendant environ un an, et dont, comme plusieurs autres médecins, je me suis retiré) en rédigeant sur notre rapport une consultation médico-légale que je me permets d'appeler une censure médico-légale.

J'accepte donc le but uniquement scientifique qu'énoncent MM. les consultants, et je les prie de croire qu'en leur répondant je n'ai pas d'autre dessein que de démontrer que notre rapport, loin d'avoir été fait avec légèreté et ignorance des principes de la médecine légale, comme les considérations et les conclusions de leur consultation tendent à l'établir, est en tout conforme aux règles de cette science, de l'honneur et de la vérité.

Il est cependant un point sur lequel je ne saurais tout à fait fermer les yeux, c'est le mode de publication que la Société de médecine d'Anvers a choisi de préférence pour sa consultation; elle a lancé avec profusion son pamphlet dans notre ville, en omettant toutefois d'en adresser un exemplaire à ceux dont l'honneur et les capacités sont mis en jeu; ce n'est qu'environ quinze jours après la distribution de la brochure (le 14 juin) qu'il m'en est parvenu un exemplaire coupé, froissé, sans adresse, et venant de je ne sais où, après m'être déjà plaint publiquement et à diverses reprises de l'inconvenance de semblables procédés de la part d'une Société qui s'intitule *Société de médecine d'Anvers;* la loyauté, je pense, aurait ensuite dû engager ces Messieurs à laisser de côté les initiales et à imprimer nos noms en toutes lettres, car pour moi je crains plus un imprudent ami qu'un sage ennemi; je m'abstiens à ce sujet de commentaires et je choisis pour ma réponse la publicité scientifique, c'est-à-dire le journal de médecine le *Bulletin médical belge* auquel je suis abonné et j'en appelle même à tous les médecins légistes de mon pays. Voici d'ailleurs notre rapport suivi de la consultation médico-légale; vient ensuite ma réfutation :

Rapport. — Je soussigné, docteur en médecine, en chirurgie et en accouchements, sur la réquisition de M. le juge d'Instruction au parquet d'Anvers, me suis transporté aujourd'hui 26 mars 1840 après-midi, avec lui et M. Van Thielen, substitut du procureur du roi, au village de Broechem, province d'Anvers, afin d'examiner la fille Jeanne Catherine Bosschaerts, âgée de 18 à 19 ans, que l'on présume être accouchée il y a quelques jours, et de constater son état.

Arrivés audit village, on nous a conduits au domicile des parents de J. C. Bosschaerts, où nous l'avons trouvée vaquant à des travaux domestiques; par l'examen que j'en ai fait, après avoir prêté le serment voulu par la loi, j'ai reconnu les circonstances suivantes :

I. La face était pâle, les pupilles dilatées; il n'existait point de symptômes fébriles.

II. Les mamelles m'ont paru encore tuméfiées, les mamelons étaient saillants et leur auréole large et de couleur brune; de plus en les exprimant j'en ai fait sortir des gouttes de lait bien caractérisé par sa couleur et sa consistance.

III. Le ventre était souple, la peau en était lâche, ridée, parsemée d'éraillures blanchâtres, luisantes, entrecroisées, et qui des régions des aines et du pubis se dirigeaient principalement vers l'ombilic, la partie antérieure, supérieure et externe des cuisses en présentait aussi quelques-unes de chaque côté. Il existait aussi une ligne brunâtre qui du pubis se portait à l'ombilic; et de l'écartement dans la ligne blanche, surtout à la région ombilicale.

IV. Le toucher m'a fait reconnaître que la matrice était encore développée, une partie de son corps s'élevait encore au-dessus du rebord du pubis, son col était mou, peu saillant et l'orifice dilaté au point d'admettre l'introduction du bout du doigt.

V. Les parties génitales étaient dilatées dans toute leur étendue, il s'en écoulait un liquide blanchâtre, mêlé de sang, qui avait l'odeur forte particulière aux lochies, comme je m'en suis assuré par les linges de la fille. La fourchette n'était pas entièrement déchirée. Le spéculum utéri m'a démontré que l'orifice du col de la matrice donnait issue au liquide dont il vient d'être parlé.

VI. Le toucher m'a fait reconnaître que le bassin était ample, bien conformé et disposé pour un accouchement facile.

M. Cools, soussigné, docteur à Broechem, ayant été requis pour visiter la dite fille Bosschaerts peu de temps après moi et en ma présence reconnaît avoir fait absolument les mêmes observations énoncées dans les six paragraphes précédents.

D'après l'ensemble de ces différentes observations, nous assurons :

1° Que J. C. Bosschaerts est accouchée depuis peu, mais qu'il peut bien s'être écoulé déjà huit, dix ou douze jours.

2° Que d'après la disposition du bassin, l'accouchement à pu être facile.

Pendant notre séjour à Broechem, les aveux de la fille Bosschaerts nous ont procuré la découverte du cadavre de l'enfant dont elle était accouchée, lequel nous a été présenté à la maison communale pour en faire l'examen et déterminer la cause de sa mort ; ce à quoi nous avons procédé sur le champ; avons reconnu ce qui suit :

I. Cet enfant du sexe masculin était gros, gras et bien conformé, sans fétidité ni signe de putréfaction, hors quelques taches livides sur le ventre de chaque côté de l'ombilic.

II. Le point médian de la longueur du fœtus correspondait à l'ombilic, d'ailleurs le cuir chevelu, les ongles, les yeux, l'état de développement de l'enfant nous indiquaient suffisamment qu'il était venu à terme et très-vivace.

III. La peau de tout le corps avait une couleur rosée, était couverte d'un enduit sébacé desséché, l'épiderme n'était enlevé ni soulevé nulle part, les articulations étaient roidies dans le sens de la flexion et de la pronation.

IV. Il y avait à l'ombilic une portion du cordon ombilical de plus de deux pieds de longueur sans ligature, qui paraissait avoir été cassé ou déchiré, car son extrémité libre quoique à moitié desséchée présentait une surface inégale et frangée; le cordon était flasque et exsangue.

V. Le placenta joint au cadavre ne présentait rien d'anormal, il était exempt de putréfaction et le fragment de cordon ombilical y adhérent avait environ un demi-pied de longueur.

VI. Toutes les autres parties du corps ne présentaient à l'extérieur aucune apparence d'altération, sinon à la partie antérieure et moyenne du cou et au pourtour de l'orifice extérieur de la bouche où siégeaient plusieurs larges ecchymoses ressemblant à des impressions digitales, de couleur violacée, avec épanchement d'un sang caillé dans les chairs subjacentes comme nous nous en sommes assurés par la dissection.

VII. Les viscères contenus dans l'abdomen étaient sans altération et bien conformés; la vessie était vide, le gros intestin rempli de méconium et l'estomac ne contenait que des mucosités.

VIII. Ayant ouvert la poitrine, nous avons trouvé les organes bien conformés ; les poumons étaient développés, d'une couleur rosée et sans aucun signe de putréfaction ; nous les avons retirés de la poitrine avec le cœur et la glande thymus après avoir lié la trachée artère et les gros vaisseaux, et nous les avons placés dans un seau plein d'eau propre ; le tout réuni a complétement surnagé. Nous avons séparé le cœur et la glande thymus, qui placés seuls dans le seau d'eau ont promptement gagné le fond. Nous avons coupé chaque poumon en plusieurs pièces et nous avons remarqué qu'ils crépitaient sous le scalpel, ayant pressé fortement les morceaux sous l'eau dans la main il nous a été facile de voir la mousse gagner le niveau du liquide ; ayant ensuite lâché les morceaux de poumon, ils se sont élevés promptement à la surface de l'eau.

IX. Le volume de la tête était de grosseur ordinaire et le cuir chevelu implanté de cheveux; après avoir mis le cerveau à découvert il nous a paru évident que tous les organes contenus dans la boîte du crâne étaient manifestement congestionnés, les sinus et les membranes du cerveau étaient gorgés de sang ; le cerveau était mollasse et la rougeur de sa substance démontrait clairement qu'il était dans un état de congestion sanguine.

De ces différentes observations nous concluons :

1° Que l'enfant de J. C. Bosschaerts dont nous avons fait l'autopsie était à terme, viable et bien constitué.

2° Qu'il est né vivant, et qu'il a complétement respiré.

3° Qu'il est mort peu de temps après sa naissance et qu'il paraît avoir succombé à l'asphyxie par strangulation.

4° Que si la putréfaction du cadavre n'est pas plus avancée depuis que la dite fille paraît être accouchée, il faut en attribuer la cause à la température basse qui règne depuis quelque temps et à l'endroit où le cadavre a été déposé dans une chambre froide, élevée de quelques pieds au-dessus du sol, en partie soustrait à l'air ambiant sous des étoupes.

En foi de quoi nous avons rédigé et signé le présent rapport que nous déclarons conforme à la vérité et aux règles de l'art.

Anvers, le 26 mars 1840.

Signé : F. A. Rul-Ogez,
F. C. Cools.

Lettre insérée dans le *Journal d'Anvers* du 19 juin 1840, en réponse aux feuilles qui, s'appuyant sur les conclusions de la Société de médecine d'Anvers, non d'accord avec les nôtres, insinuaient au public qu'il paraissait que les médecins rapporteurs s'étaient trompés.

MONSIEUR LE RÉDACTEUR,

Comme je ne lis pas très-régulièrement votre journal, j'ai eu par hasard connaissance aujourd'hui d'un article intitulé *Justice criminelle* et signé *un avocat*, inséré dans votre numéro du 14 juin courant. Quelle que soit la répugnance que j'éprouve à voir citer, comme homme de l'art, mon nom dans les feuilles politiques, je crois ne pouvoir me dispenser de répondre un mot à cet article. J'ai fortuitement parcouru la brochure émanée de la Société de médecine d'Anvers et rédigée par quatre médecins consultants de ses membres; comme elle porte plus ou moins directement atteinte à l'honneur et à la réputation des médecins rapporteurs, en énonçant des conclusions théoriques qui ne coïncident pas avec celles que nous avons inférées logiquement et scientifiquement des faits soumis à notre examen, je m'occupe de répondre à cette brochure et je ferai insérer ma réponse dans un des prochains numéros du *Bulletin médical belge* (Journal de médecine qui s'imprime à Bruxelles, à la Société Encyclographique, rue de Flandres, sous la direction de M. Florent Cunier), mes réflexions seront précédées de notre rapport et de la consultation médico-légale en question; le public médical et en particulier les médecins légistes de mon pays, seuls compétents en cette matière abstraite seront ainsi mis à même de juger du différend qui existe entre nous et MM. les auteurs de la consultation médico-légale. C'est de cette manière seulement qu'il convient à un homme de l'art de discuter un point scientifique. Je renvoie donc au *Bulletin médical belge* les personnes qui désirent se tenir au courant de cette affaire; en attendant je respecte les décisions du jury et de la cour, et je soutiens que les conclusions de notre rapport sont les seules vraies, logiques et conformes aux principes de la médecine légale.

En insérant ces lignes dans votre numéro de demain, Monsieur le Rédacteur, vous obligerez le Docteur F. A. RUL-OGEZ.

En opposition aux pièces qui ont servi de matière à la critique de MM. les consultants, je rappellerai qu'on a soumis à notre examen l'inculpée J. C. Bosschaerts et le cadavre de son enfant; j'ajouterai que quoique l'autopsie seulement ait eu lieu *à la clarté de chandelles ordinaires*, avec des yeux de trente ans, qui ne sont ni louches, ni presbytes, ni myopes, hors ceux de mon honoré collègue (je certifie qu'il avait ses lunettes), je crois que les résultats n'en sont pas moins certains ni moins dignes de foi, surtout puisqu'il ne s'agit pas d'effets d'optique, ni de détails, ni de lésions microscopiques, dont cependant on paraît nous reprocher de ne pas avoir fait la recherche, mais de résultats palpables et visibles à la chandelle comme en plein soleil, et qui même ont été vus à une certaine distance par les assistants requis.

Je nie formellement ensuite que la condamnation de l'inculpée ait été la suite des seules conclusions de notre rapport, comme on a cherché à l'insinuer dans l'esprit du public, plusieurs circonstances graves étrangères à notre œuvre scientifique, entre autres des considérations morales d'une haute portée, qu'on paraît ignorer et sur lesquelles je crois qu'il m'est interdit de m'expliquer en ce moment, ont dû puissamment contribuer à établir la conviction de MM. les jurés; je respecte d'ailleurs la décision du jury et de la cour.

1re *Question.*—Le premier point sur lequel l'opinion de MM. les consultants diffère avec celle des médecins rapporteurs, c'est la date de l'accouchement. Ces MM. semblent, dans l'exposition et dans la discussion des faits relatifs à la mère, plutôt ajouter foi aux assertions vagues, incertaines et inconstantes de personnes étrangères à notre art; les médecins rapporteurs au contraire ont considéré que les déclarations de l'inculpée ayant été trompeuses, sur ce sujet comme sur tout autre point, ne méritaient pas assez de confiance pour influencer leur opinion, envisageant toutefois qu'elles confirmaient les indices d'un fœtus à terme; en indiquant donc approximativement le temps écoulé depuis l'accouchement, nous n'avons fait que nous conformer à l'opinion des médecins légistes les plus distingués, partagée généralement par les meilleurs praticiens et consignée même dans le Recueil de M. Matthyssens, tome I, page 92... Conclure comme MM. les consultants que *la fille est accouchée récemment mais qu'on ne peut fixer depuis combien de jours*, c'est dire qu'elle peut être accouchée depuis deux jours, aussi bien que depuis trois semaines, mais le résultat de notre examen et les notions fournies par la science nous obligent de rejeter cette conclusion comme trop vague, trop il imitée et par suite erronée.

2e *Question.* — Les médecins rapporteurs n'étaient pas présents à la découverte du cadavre de l'enfant, et s'ils ont dit dans leur rapport qu'on l'avait trouvé sous des étoupes, c'est que cela leur a été rapporté par des personnes dignes de foi qui y avaient assisté; l'essentiel d'ailleurs était de constater que le cadavre était soustrait au contact successif de l'air ambiant. Quant à la déclaration de M. Loots, relativement à l'odeur infecte et pestilentielle que répandait le cadavre, nous ne nions pas que la petite quantité d'air, ou les matières solides immédiatement en contact avec lui n'aient

pu répandre un peu de mauvaise odeur, mais nous ferons remarquer en passant combien les hommes de l'art, en particulier les médecins légistes, doivent se tenir en garde contre l'exagération et les préventions du public étranger à notre science, notamment à l'égard des choses qui produisent une impression vive sur l'imagination ; c'est ainsi qu'à l'âge de 17 ans, lorsque j'assistai pour la première fois à une dissection cadavérique, mon imagination fut tellement frappée de l'odeur que j'avais cru sentir que pendant trois jours je ne pus toucher à aucune viande, croyant toujours sentir l'odeur du cadavre ; quelques particules odorantes étaient-elles restées dans mes sinus olfactifs ou était-ce simplement le résultat de l'impression des nerfs de l'odorat et de l'imagination? C'est ainsi que je m'explique la déclaration de M. Loots à ce sujet, à laquelle d'ailleurs nous pourrions opposer celle d'un autre témoin oculaire non moins imposant. Après cela il resterait encore à examiner jusqu'à quel point la mauvaise odeur seule est un signe de putréfaction ; MM. les consultants savent bien que dans certaines maladies le corps sans être putréfié répand une odeur infecte avant la mort ; des cadavres en fournissent immédiatement après la mort, d'autres se conservent longtemps sans répandre d'odeur putride. Voici ensuite ce que M. le docteur Cools m'a remis par écrit relativement à la contradiction qu'on lui attribue à ce sujet dans la brochure ; je n'ai pas assisté à sa déposition verbale : « Je n'ai pas déclaré à l'audience de la cour que » le placenta répandait de l'odeur de putréfaction ; » on m'a demandé si la masse apportée par la fille » répandait de l'odeur, à quoi j'ai répondu *oui*, » mais que cela tenait à la malpropreté de l'enve- » loppe qui était toute couverte de sang et de mu- » cosités, et à la présence du placenta qui répand » toujours de l'odeur ; et qu'après avoir séparé ces » objets du cadavre nous n'avons plus rien senti ; » si l'on m'a compris autrement on m'a mal com- » pris ; on ne m'a pas fait directement la demande » si le placenta était en putréfaction, je n'ai donc » pu y répondre, sans cela j'aurais du dire que » la mauvaise odeur n'est pas toujours un signe de » putréfaction. »

Quoi qu'il en soit, les médecins rapporteurs qui ne sont pas plus amateurs que d'autres d'odeur infecte et pestilentielle, s'étaient prémunis dans cette intention de bonnes matières désinfectantes ; cependant les témoins peuvent le déclarer, ils ont trouvé inutile d'en faire usage.

3e *Question.* — Concernant la facilité de l'accouchement, les médecins rapporteurs persistent à trouver plus sage, même en admettant une présentation de la tête, de déclarer que le travail a *pu*, et non pas *dû*, être facile ; trop de faits authentiques dans la science sont là pour prouver que des accouchements laborieux ont pu se terminer, et même l'application du forceps s'exécuter, sans déchirure de la fourchette (voyez Levret, Accouchements laborieux) ; l'ouverture vulvaire n'a pas toujours la même étendue ni la même direction, elle varie d'après la courbure du sacrum, la saillie du coccyx, les diamètres du détroit inférieur, la longueur du périnée, etc., etc. Quant à l'intensité des douleurs d'enfantement en cette circonstance, nous émettons n'avoir pu recueillir aucun indice digne de foi qui pût nous guider. Nous croyons donc que notre conclusion à ce sujet est conforme aux principes de l'obstétrique.

1re *Question.* — Touchant le cadavre de l'enfant, nous avouons ne pas l'avoir pesé à dessein, parce que nous avons considéré cette mesure comme tout à fait inutile dans l'espèce ; nous croyons que lorsque un certain nombre de signes positifs suffisent pour tirer une conclusion rigoureuse, on peut dans un rapport bien fait et pour ne pas le surcharger, omettre des signes de peu de valeur ; car il importait peu que le petit cadavre pesât 4 ou 10 livres pour être dans des conditions de viabilité : nous qui pratiquons les accouchements, nous l'avons trouvé très-bien développé, des témoins étrangers à notre art, s'écrièrent : *Quel gros et bel enfant!* D'ailleurs des enfants du poids de deux livres sept onces et de la longueur de 15 pouces ont été déclarés à terme et viables par des médecins légistes distingués, certes ceux-là n'étaient pas gros, gras et bien développés et ne pouvaient pas même le paraître à des gens étrangers à la pratique. Après avoir déclaré que la tête était de grosseur ordinaire, à quoi eût-il servi d'indiquer les différents diamètres et de trouver que l'un avait une fraction de ligne de plus, l'autre de moins, que ne l'ont les têtes de grosseur ordinaire d'enfants à terme ? Quel est le médecin qui ne sait pas que ces diamètres varient considérablement d'étendue sans empêcher pour cela que le fœtus ne soit à terme et viable ? Voyez par exemple le *Recueil de médecine légale*, de M. Matthyssens, tome I, page 199 ; cela est si vrai qu'il ne faut que se donner la peine de consulter des rapports faits par des sommités de la science et où il n'est pas parlé des diamètres de la tête, pour se convaincre du peu d'importance qu'on doit y ajouter ; d'ailleurs il n'est pas si facile de prendre la mesure exacte de ces diamètres, et prise par des médecins différents, elle varie souvent de plusieurs lignes, ce qui s'explique très-facilement par la grande mobilité des os du crâne et la flaccidité des parties molles de la tête du fœtus ; nous pensons donc qu'on peut nous croire sur parole lorsque nous affirmons que la tête de l'enfant n'était atteinte ni d'atrophie, ni d'hydrocéphale, à moins de nous supposer atteints d'une étrange hallucination ; mais encore des témoins intelligents assistaient à l'autopsie et auraient bien eu la complaisance de nous tirer d'une erreur aussi grave.

Que faut-il penser maintenant du reproche que MM. les consultants nous adressent d'avoir omis

l'ouverture du canal rachidien? Et dans quel but l'aurions-nous fait après avoir constaté que l'enfant avait vécu et trouvé les causes de sa mort! Fallait-il aller encore à la recherche de lésions microscopiques dans le système rachidien? Quand même nous eussions découvert dans la moelle épinière un petit point rouge, ou un peu de liquide dans le canal, nous n'aurions osé rien en inférer, notamment sur un cadavre de 12 à 17 jours : nous nous méfions trop des lésions infiniment petites. D'ailleurs quelles sont les maladies congéniales de la moelle épinière qui excluent la viabilité? En réalité, je ne vois que l'hydrorachis ou spina bifida ; mais nous nous empressons d'ajouter que cette maladie se reconnaît toujours à l'extérieur. A quoi se réduit maintenant ce reproche d'omission? à ne pas nous être livrés à des dissections longues et inutiles et à ne pas avoir écrit un ouvrage de médecine légale au lieu d'un rapport; en consignant une foule de signes négatifs surabondants, nous aurions ainsi fait un vain étalage de science.

2e *Question.* — On serait tenté de prendre pour une plaisanterie (nous devons confesser que cela nous a fait cet effet), le reproche que nous adressent MM. les consultants de ne pas avoir recherché dans l'espèce s'il existait un point d'ossification au centre du cartilage de l'extrémité inférieure du fémur pour savoir si l'enfant était à terme, après les signes que nous avons énoncés et les aveux de la fille et de son amant, admis par MM. les consultants. Toutefois nous admettons que cette ossification peut dans mainte circonstance douteuse fournir des éclaircissements utiles, mais tel n'était pas le cas actuel. On pourrait signaler ici une omission de la part de MM. les consultants, c'est de ne pas nous avoir reproché d'avoir négligé de signaler dans notre rapport, à l'appui de nos données : que les membres thoraciques étaient plus longs que les membres abdominaux.

3e *Question.*—Nous devons ici renvoyer à ce que nous avons énoncé ci-dessus, à la première question, pour éviter des répétitions fastidieuses. Pour expliquer le peu de progrès de la putréfaction nous renvoyons à ce que nous avons dit dans notre rapport, nous ajouterons néanmoins que le cadavre du fœtus se putréfie moins vite que celui de l'adulte, ensuite que depuis plusieurs jours toutes les nuits le thermomètre de R. descendait au dessous de zéro, et que le soir même où nous fîmes l'autopsie le thermomètre marquait plusieurs degrés au-dessous de zéro R., qu'il a gelé et qu'il est tombé du verglas toute la nuit; MM. les consultants s'expliqueront mieux maintenant la rigidité des membres par la coagulation des humeurs, comme notre rapport le fait suffisamment comprendre, ce qui n'empêchait pas la putréfaction de se déclarer lentement sur les parois abdominales, où elle débute communément. Cette température explique aussi parfaitement l'absence d'odeur putride comme nous l'avons exprimé.

4e *Question.* — Nous passons ici rapidement sur tout ce qui est en dehors de notre sujet, il n'y avait dans les poumons ni putréfaction, ni emphysème, ni insufflation, donc nous avons cru inutile d'en parler.

5e *Question.* — Nous admettons comme possible le vagissement utérin, quoique n'en ayant jamais eu personnellement d'exemple, nous l'admettons sur la foi des sommités de la science, nous croyons donc aussi qu'il peut arriver de loin en loin dans des cas d'accouchement difficile et extraordinaire, qu'un fœtus ait inspiré avant de naître, mais entre avoir inspiré un peu d'air et avoir complètement respiré il y a encore une bien grande distance. Nous ne connaissons pas dans la science d'exemple authentique de respiration complète avant la naissance, ce qui d'ailleurs répugne à la raison vu la compression que subit de toutes parts le fœtus avant de naître, ce qui ne permet pas à la poitrine de se dilater, ni au diaphragme de s'abaisser, ni même à l'air de venir en contact avec la bouche ou le nez de l'enfant; hors dans certains cas d'accouchements difficiles, comme ceux par la face, qui nécessitent des manœuvres particulières ou l'application du forceps, ce qui est inadmissible dans le cas actuel, puisque MM. les consultants déclarent eux-mêmes que l'accouchement a dû être facile. En admettant même l'exemple de M. Lados comme authentique et positif pour la science, ce fait ne prouve pas du tout que la respiration complète puisse avoir lieu avant la naissance, il suffit pour s'en convaincre de lire l'observation. Tous les cas connus jusqu'ici d'inspiration utérine avec mort de l'enfant avant la naissance, et ils sont en petit nombre, n'ont fourni à la docimasie pulmonaire que des preuves d'inspirations plus ou moins incomplètes. Nous continuons donc avec les maîtres de la science à considérer que l'enfant est né vivant lorsque toutes les données sont positives par la docimasie pulmonaire de Galien, faite avec tout le soin et l'attention que nous y avons mis, la seule qui permette de tirer des conclusions positives; ce principe paraît aussi être partagé par M. Matthyssens, voyez t. I, p. 142 et suiv. D'ailleurs si l'expérience hydrostatique de Galien avait pu laisser dans notre esprit le moindre doute, nous nous serions empressés d'essayer d'autres méthodes quoique méritant moins de confiance, et nous nous serions bien gardés de tirer la moindre conclusion positive. A ce sujet nous engageons MM. les consultants à vouloir lire la Gazette des tribunaux du 27 février dernier, ils y trouveront un cas curieux d'infanticide où les médecins ont cru pouvoir conclure que l'enfant avait vécu, après avoir fait la docimasie pulmonaire de Galien sur des morceaux de poumons retirés de l'estomac de deux porcs dans l'étable desquels la mère avait jeté son enfant.

6e *Question.*—Si les médecins rapporteurs n'ont fait aucune mention de la plus ou moins grande

quantité de sang renfermé dans les poumons, dans les cavités du cœur et dans les gros vaisseaux, c'est qu'ils ont trouvé que cette quantité ne différait pas assez de l'état normal dans ces organes pour pouvoir les autoriser à en faire la remarque ; ce qui du reste s'explique aisément chez un fœtus, sans même qu'il se soit trouvé dans des circonstances analogues aux présentes, il est fort souvent extrêmement difficile de juger du plus ou moins de sang contenu dans les organes dont la lésion n'a pas été la cause immédiate de la mort. L'absence de ces signes ne prouve rien pour ou contre l'asphyxie par strangulation, on peut s'en convaincre dans les meilleurs traités de médecine légale. M. Matthyssens n'en parle pas dans son recueil.

Si le cordon ombilical avait été coupé ou s'était brisé accidentellement et que l'enfant eût péri par hémorrhagie ombilicale, nous eussions facilement reconnu que les téguments, les chairs et les principaux organes parenchimateux et vasculaires hors le cordon étaient exsangues, et nous n'eussions certes pas trouvé des traces évidentes de congestion cérébrale ; d'ailleurs lorsque le cordon a été coupé il est facile de le constater, la rupture spontanée se fait sans lambeaux près du ventre ou du placenta ; dans le cas actuel les divisions du cordon siégeaient loin du ventre et du placenta et présentaient des surfaces inégales et frangées, comme lorsqu'il a été brisé avec effort. D'ailleurs rationnellement l'hémorrhagie ombilicale mortelle n'est pas admissible lorsque la respiration s'est bien établie. M. Klein sur 183 accouchements brusques n'a pu observer aucune hémorrhagie ombilicale quoique dans 20 cas le cordon ait été pour ainsi dire arraché dans le ventre. Cette manière de voir paraît aussi être partagée par M. Matthyssens, voyez son recueil t. I, p. 148 et suiv.

7e *Question.* — Nous pensons encore que les détails que nous avons donnés dans notre rapport, relativement aux ecchymoses, suffisent amplement pour autoriser les conclusions que nous en avons tirées, tous les détails ultérieurs eussent d'ailleurs été singulièrement aggravants ; en disant larges ecchymoses, cela veut dire occupant un espace étendu ; ressemblant à des impressions digitales, cela veut dire offrant la direction et offrant des nuances de séparation comme les doigts peuvent les produire ; le nombre arithmétique, la grandeur géométrique et la direction plus ou moins rectiligne des ecchymoses ne nous paraissent pas avoir pu être de nature à modifier notre expression : *ressemblant à des impressions digitales.*

Nous ne connaissons pas jusqu'ici l'instrument qui puisse nous indiquer la quantité de sang épanché, nous attendrons à ce sujet les éclaircissements de MM. les consultants ; toutefois nous leur dirons, puisqu'il le faut, que nos dissections se sont étendues jusque sur la face antérieure des vertèbres du col et que jusque-là aussi les ecchymoses ont paru évidentes même aux témoins. Dans le cas actuel nous ne saurions admettre que les violences aient pu avoir été produites après la mort, on peut s'en convaincre même en lisant le passage du recueil de M. Matthyssens cité par MM. les consultants t. I, p. 382, 386 et suiv. ; on peut s'y convaincre que dans ces expériences faites peu de temps avant ou après la mort, il s'agit de coups de bâton violents, de coups de maillet, d'incisions profondes, de piqûres, de coups de pistolet qui ont pu produire quelques taches ressemblant plus ou moins à celles faites avant la mort, mais, dans la plupart des cas, assez particulières pour pouvoir être distinguées des lésions faites pendant la vie. Nous ne voyons pas que ces expériences aient beaucoup d'analogie avec le cas actuel. Voyons après cela l'avis de M. Briand : « Si un nouveau-né présente des signes » positifs de strangulation, en même temps que » des signes indubitables que la respiration s'est » effectuée après la naissance, on peut affirmer » qu'il y a eu infanticide. » Vous voyez, MM. les consultants, que nous n'avons pas été aussi loin dans nos conclusions.

Nous ne saurions admettre que la fille ait pu produire les traces de violence que nous avons décrites en nouant son enfant mort dans un jupon ; nous répétons que nous n'avons pas assisté à la découverte du paquet contenant le fœtus ; le jupon contenant les restes inanimés ressemblait à tous les jupons de paysannes, et la manière dont l'enfant y était contenu lorsqu'il nous a été présenté, ne nous a offert rien de particulier à noter ; voilà le motif de notre silence à ce sujet. Maintenant, pour répondre aux hypothèses de MM. les consultants, pour expliquer les traces de violences, nous dirons que, surtout pour le cas actuel où ils déclarent eux-mêmes que l'accouchement a dû être facile, il est inadmissible que la fille se soit livrée à des efforts si violents pour extraire de son sein le reste de son enfant après la sortie de la tête que l'on sait être la partie du fœtus qui offre le plus de difficultés à la sortie, à cause de l'étendue de ses diamètres, le reste du corps sortant ordinairement peu d'instants après la tête, spontanément, et le plus souvent par une seule contraction de la matrice, sauf le cas où il y aurait difformité de l'enfant. Nous croyons pouvoir nous dispenser de répondre à l'autre hypothèse de MM. les consultants, qui nous paraît plutôt spécieuse que vraisemblable et que nous ne saurions admettre. Mais une hypothèse qu'il nous étonne de ne pas voir consignée dans la consultation médico-légale pour expliquer les ecchymoses du cou, c'est celle énoncée par M. Broeckx devant la cour, c'est-à-dire la compression du cou de l'enfant pendant le travail par une contraction spasmodique du col de l'utérus. Ces Messieurs auraient-ils jugé prudent de laisser de côté cette hypothèse à cause d'une certaine observation, qui m'est commune avec un

autre praticien de cette ville, où le spasme du col de l'utérus était si violent sur le cou de l'enfant, que le forceps aurait plutôt arraché la tête que terminé l'accouchement, qui se termina d'ailleurs spontanément par le bain et l'opium, avec mort du fœtus; observation que j'ai présentée à la Société de médecine d'Anvers, en 1835, à cause de la rareté du cas et de l'intérêt qu'elle me paraissait offrir, et qu'à cette époque la Société de médecine a jugée indigne de figurer dans ses Annales, à cause non-seulement que nous avions mal dirigé nos efforts et mal fait notre diagnostic, mais aussi parce que, suivant les règles de l'art, la chose était impossible et inadmissible; tel était, entre autres, l'avis de M. Broeckx, dont je conserve encore le rapport, et, si j'ai bonne mémoire, celui de M. Matthyssens, pendant la discussion; persuadé de l'exactitude de notre diagnostic et de l'intérêt de notre observation, je l'ai publiée dans le journal *l'Abeille et l'Observateur médical réunis*, Brux., tom. I, février 1836, n° 2, page 108. Depuis cette époque, cependant, M. Matthyssens, page 161, tome I, a embrassé l'opinion de Gardien, de Briand, de Klein et d'autres, et admet, comme moi, la possibilité du spasme du col utérin; ensuite, dans le cas actuel, M. Broeckx est venu déclarer devant la cour qu'il croyait que les traces de violences au cou de l'enfant pouvaient dépendre de ce même spasme et du col de l'utérus sur le col de l'enfant, la fille ayant déclaré que la tête s'était présentée la première; on voit que la science a aussi ses revirements. Toutefois nous ne terminerons pas ce chapitre sans avouer qu'il reste encore beaucoup à faire en médecine légale sur les traces de violence, et en particulier sur les ecchymoses; ce sont aussi ces motifs qui nous ont engagés à nous exprimer avec réserve dans notre rapport et devant la cour. Si dans notre rapport il n'est rien dit du larynx ni de la trachée-artère, c'est qu'il n'y avait rien de particulier à en dire; ils ont été soigneusement examinés; ceci exclut donc la possibilité de la mort du fœtus dans le sang ou dans les eaux de l'amnios; cette hypothèse est d'ailleurs invraisemblable et inadmissible quand on considère que l'accouchement a eu lieu dans une écurie dont le sol en terre qui a la propriété d'absorber rapidement tout liquide, est couvert de paille qui offrait un corps élastique intermédiaire entre le fœtus et le sol humide. Il nous a paru superflu d'ajouter que la compression des fragments de poumons exprimés à l'air fournissaient de la mousse, attendu que nous déclarons qu'ils en ont dégagé lorsque nous les avons exprimés sous l'eau; le résultat de ces deux expériences nous paraît devoir être toujours identiquement le même.

8e *Question.* Les lésions de l'encéphale que nous avons trouvées ne sauraient constituer une simple injection veineuse passive du cerveau que l'on puisse considérer comme un état naturel; elles constituent la véritable apoplexie admise par ce même Billard dans le traité que MM. les consultants invoquent; pour voir cela il ne fallait que lire un peu plus loin, au même paragraphe, *congestions*, où l'on voit qu'il considère comme symptôme d'apoplexie la rougeur pointillée et celle qui colore en rouge assez prononcé la pulpe cérébrale; nous ne disons pas que les organes encéphaliques étaient injectés, mais gorgés de sang; donc nous faisons comprendre qu'il y avait des signes de compression cérébrale; j'ajouterai d'ailleurs que nous avons hésité à déclarer un épanchement à la base du crâne; quant à l'état de turgescence du cerveau, il était trop évident pour pouvoir laisser le moindre doute à notre esprit, et c'est pourquoi nous avons dû employer le mot *gorgés* et non *injectés*, expressions qui dans la science sont loin d'être synonymes. Je ne sais pas jusqu'à quel point le nombre des autopsies que M. Broeckx a faites à l'hospice des enfants trouvés peuvent l'autoriser à infirmer nos déclarations; j'y répondrai cependant que j'ai aussi trouvé souvent cette injection veineuse passive dont parle Billard, chez les nouveau-nés, mais ni à la Maternité de Louvain, ni à Paris à l'hôpital des enfants, ni dans ma pratique, je n'ai jamais rencontré de turgescence pareille à celle dont il est ici question, sans que les enfants n'aient péri ou présenté des symptômes d'apoplexie avant la mort. Pour combattre avec quelque avantage notre déclaration relativement aux signes encéphaliques, MM. les consultants auraient au moins dû nous expliquer où commence et où finit pour eux l'apoplexie des nouveau-nés; c'est ce que nous cherchons en vain même dans le recueil de M. Matthyssens.

Quant aux conclusions de MM. les consultants, nous avons, je crois, suffisamment prouvé que plusieurs étaient erronées, d'autres sont contradictoires; ainsi, comment concilier la conclusion 3e avec l'hypothèse qui fait la 7e question, p. 17, des efforts qu'aurait pu faire la fille pour accoucher au point de produire des traces de violences aussi profondes?

Comment accorder la conclusion 4e avec le reproche qu'on nous fait à la 1re question, page 12? La conclusion n'est ni logique ni conséquente, ou le reproche est injuste.

La conclusion 6e est contraire aux idées professées par les maîtres en médecine légale, et aux idées émises dans le recueil de M. Matthyssens, comme nous l'avons démontré dans notre réponse à la 5e question.

A la 8e conclusion, nous répondons que nous ne certifions pas, mais que les données contenues dans notre rapport sont pleinement suffisantes pour autoriser à conclure comme nous l'avons fait; notre réponse à la 7e question prouve suffisamment, d'ailleurs, que dans nos conclusions nous sommes restés en deçà de ce que les principes de la médecine légale nous autorisaient à conclure.

La conclusion 9e est formée d'hypothèses plus ou moins inadmissibles dans le cas actuel, puisque de l'aveu de la mère, admis par MM. les consultants, l'accouchement a été facile, prompt et peu douloureux.

Les conclusions 10e et 11e sont inadmissibles, comme nous l'avons suffisamment prouvé dans nos réponses aux 7e et 8e questions.

Ainsi donc, après avoir mûrement examiné et apprécié les objections et les conclusions de la consultation médico-légale de MM. Broeckx, Van-Camp, Matthyssens et Haine, nous avons plus que jamais la conviction que les déclarations et les conclusions de notre rapport sont seules vraies, logiques et conformes aux principes de la médecine légale.

Nous ne finirons pas sans ajouter qu'un rapport de médecine légale est le résultat du *visum et repertum*, qu'il doit être vrai, court, simple, précis, rédigé d'après les principes de l'art, et non surchargé d'hypothèses, ni de signes négatifs et superflus qui le rendent obscur; il doit contenir les données nécessaires pour pouvoir tirer des conclusions logiques et scientifiques; disons encore qu'avec des hypothèses plus ou moins spécieuses, on peut révoquer en doute les rapports même des princes de la science.

Par rapport aux consultations médico-légales, je me permets de renvoyer mes contradicteurs à l'un des derniers numéros des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, où l'on trouve trois consultations de M. Ollivier d'Angers; ils pourront s'y convaincre de la méthode de rédiger ces consultations, *lors même qu'on est requis par la loi*, sans s'exposer à calomnier la science et ceux qui la professent.

Anvers, le 1er juillet 1840.

F. A. Rul-Ogez,

Docteur en médecine, chirurgie et accouchements, médecin de la douane, ci-devant médecin du bureau de bienfaisance, etc.

(Extrait du *Bulletin médical Belge*, juillet 1840.)

culeux-pulmonaire et dans un état d'émaciation avancée; l'autre était très-faible.

Une jeune dame me consulta, il y a plusieurs années, pour sa fille, âgée de huit ans, atteinte de coxalgie avec allongement du membre inférieur droit. Cette dame était accompagnée de sa sœur, qui me dit avoir eu quatre enfants et n'avoir pu en élever aucun.

J'ai connu deux sœurs profondément tuberculeuses : l'aînée, âgée de trente-six ans, a eu des hémoptysies chaque année, en automne, pendant douze ans; la seconde, plus jeune de trois ans que l'aînée, a expectoré, pendant trois ou quatre ans, des fragments de tubercules pétrifiés, du volume d'une petite lentille, offrant des aspérités et des angles très-saillants, sans que l'expectoration en fût douloureuse ni accompagnée d'hémoptysie.

Ces deux sœurs ont chacune deux enfants, un garçon et une fille : les quatre enfants sont tuberculeux comme leurs mères.

Au mois de juin 1834, j'ai été consulté pour deux cousines du département du Nord. L'une avait une tumeur blanche du genou droit, avec nécrose du tiers inférieur du fémur; l'autre était tuberculeuse-pulmonaire, et avait déjà perdu une sœur de cette dernière maladie.

Le nommé Bérard, âgé de vingt-trois ans, atteint de luxation spontanée de la tête du fémur droit, avait un cousin germain du côté maternel affecté de coxalgie du même côté, mais sans luxation effectuée.

Un autre cousin, qui était également du côté maternel, âgé de onze ans, était ophthalmique depuis l'âge de cinq ans, à la suite de la variole.

Le nommé Delaunay, tuberculeux et ophthalmique, avait un favus. Sa sœur, âgée de dix ans, était également tuberculeuse et affectée de favus.

Ce jeune homme avait déjà perdu deux sœurs de tubercules pulmonaires : l'une d'elles, avant de mourir, à l'âge de trente-cinq ans, avait eu deux enfants qui étaient déjà tous deux atteints d'ophthalmie comme leur oncle.

Nous avons eu, au mois de juin 1835, à l'hôpital Saint-Louis, deux jeunes scrofuleux qui étaient cousins germains par leur père et par leur mère, les pères ayant épousé réciproquement la sœur l'un de l'autre.

J'ai, en province, des malades que j'ai traités à Paris pendant plus ou moins de temps, et pour lesquels je me trouve ensuite en relation avec différentes personnes de leur famille. Parmi celles-ci, on reconnaît les parents consanguins à leur ressemblance plus ou moins marquée avec le malade en traitement, ressemblance qui existe quelquefois alors même que les premières apparences semblent l'exclure le plus fortement.

Presque toujours cette ressemblance physique comporte une certaine communauté de santé et de maladie. Lorsqu'on se livre à ce genre d'investigation, on ne tarde pas à reconnaître qu'il est rendu parfois fort difficile, par suite d'un instinct particulier d'amour-propre qui porte les hommes à se taire dès qu'on leur montre qu'ils peuvent ressembler à des malades scrofuleux; mais une fois sur la trace de ces observations, il suffit de quelques ménagements que donne l'habitude d'interroger les malades pour juger de la nature, souvent identique, des maladies qui peuvent exister dans les diverses branches d'une même famille.

Je me suis trouvé plusieurs fois en relation avec un jeune homme âgé de vingt-deux ans au sujet d'un de ses cousins qui avait une tumeur blanche scrofuleuse du genou droit. Ce jeune homme, petit de taille et un peu contrefait, m'assura, à plusieurs reprises, que la branche dont il était issu n'offrait aucun signe de scrofule. Plus tard, néanmoins, j'appris de lui-même qu'il avait une sœur dont la taille était déviée, et qu'on avait inutilement essayé de redresser par les procédés orthopédiques. Le mécontentement qu'il en ressentait lui fit dire ce que son amour-propre lui avait fait taire jusqu'alors. Ce jeune homme lui-même, comme je viens de le dire, n'avait pas la taille droite ni la taille de son âge. Chez lui, comme chez sa sœur, la scrofule avait fixé son siége particulier sur le système osseux. Il en était de même de leur cousin, qui était dans le moment sous ma direction.

Il serait donc très-facile de multiplier les exemples de même espèce que ceux que nous venons de rapporter dans cet article. Mais nous devons nous abstenir d'entrer dans de plus longs développements, parce que nous avons à traiter le même sujet sous un autre point de vue, dans un des articles du chapitre suivant (chapitre II, art. III).

Art. III. — *L'hérédité des maladies scrofuleuses observée parmi les enfants de différents lits.*

Lorsque le père ou la mère se marient plusieurs fois, les enfants de chaque lit offrent une santé particulière. Ils sont scrofuleux toutes les fois que l'un des parents ascendants est affecté de scrofule, et cette transmission cesse d'avoir lieu lorsque les père et mère sont également purs de maladies héréditaires.

Syriaque Bataille était affecté de scrofule cutanée esthiomène du lobe du nez. Sa sœur avait un ulcère de même nature au même endroit. Leur père avait eu un bouton chancreux à la lèvre inférieure.

Leur grand-père en avait eu un semblable sur l'angle intérieur de l'œil gauche.

Ils avaient un frère, né d'un second mari de leur mère, qui n'avait rien de semblable.

Au mois de septembre 1833, une dame âgée de trente-deux ans me consulta pour un enfant de onze ans, atteint d'une luxation spontanée, effectuée, du fémur gauche, avec abcès consécutifs dans le tiers supérieur et antérieur de la cuisse. Cet enfant était émacié à un degré fort avancé; il est vrai qu'on le tenait au lit depuis six mois, ce qui est toujours fort nuisible aux scrofuleux.

Cette dame avait eu d'abord deux fausses couches; ensuite, elle avait mis au monde un troisième enfant, celui qu'elle me présenta, et enfin trois autres enfants qu'elle avait perdus en bas âge. J'avais déjà regardé sa santé comme la cause de cette mortalité; je fus tout à fait confirmé dans mon opinion, quand elle me dit que son mari, âgé de cinquante ans, avait des enfants d'un premier lit qui jouissaient d'une bonne santé.

Il n'est pas douteux que, dans ce cas, la mère aurait eu des enfants scrofuleux de plusieurs lits, si

elle se fût mariée plusieurs fois, et que son mari n'en aurait pas eu d'un second mariage, si, cette seconde fois, il n'avait pas épousé une femme scrofuleuse.

J'ai rapporté dans un autre travail l'histoire d'un jeune homme âgé de vingt et un ans, ophthalmique des deux yeux depuis sa plus tendre enfance, et qui, depuis l'âge de dix-huit ans, avait eu plusieurs abcès froids dans différentes régions du corps, et cinq ulcères tuberculeux sur les côtés du cou, avec altération profonde de la peau. Le père de ce jeune homme avait eu six enfants d'un premier lit : tous étaient entachés de scrofule. Il en avait eu six autres d'un second mariage : tous étaient exempts de cette maladie (troisième mémoire, observation 12).

Cette observation est semblable à la précédente : dans les deux cas la scrofule a lieu par la mère. Dans le premier, c'est la seconde progéniture qui est scrofuleuse; dans le second, c'est la première. Dans les deux exemples, le père a eu des enfants scrofuleux de l'une de ses deux femmes, de celle qui était scrofuleuse, tandis qu'il en aurait eu de toutes les deux, si toutes les deux eussent été atteintes du vice scrofuleux, comme cela est arrivé dans l'exemple suivant.

Je connais un homme robuste qui a épousé deux sœurs tuberculeuses-pulmonaires, et qui a eu des deux lits des enfants scrofuleux. De son premier mariage, il en a eu deux, dont l'un était un garçon qui est mort à trois ans, tuberculeux-mésentérique; l'autre était une fille qui a succombé, à douze ans, rachitique et tuberculeuse-pulmonaire.

De sa seconde femme, qui est morte de la poitrine, comme la première, cet homme a eu trois enfants, dont deux sont morts en bas âge. La troisième, âgé de quatre ans, est infirme au point qu'on ne l'a pas ramené de nourrice. Ces cinq enfants, issus de deux sœurs tuberculeuses, sont nés petits et faibles: leur existence passagère n'a été qu'une suite de souffrances qu'ils éprouvaient déjà dans le sein de leurs mères;car celles-ci avaient eu des grossesses fort laborieuses, qu'il faut attribuer à leur état personnel de santé et à celui de la santé des enfants qu'elles portaient dans leur sein (2e partie, *Causes pathologiques*).

L'exemple qui précède nous présente un homme sain ayant des enfants scrofuleux provenant de son mariage avec les deux sœurs, qui étaient tuberculeuses-pulmonaires.

L'exemple suivant est celui d'un père scrofuleux ayant des enfants scrofuleux de deux lits, quoique ni l'une ni l'autre de ses deux femmes ne fût atteinte de scrofules.

Un homme, âgé de quarante ans, m'a consulté pour une de ses filles, âgée de dix-sept ans, qui était affectée de scrofule celluleuse de la face. Les joues, les lèvres, les ailes du nez, les paupières étaient hypertrophiées et indurées à un très-haut degré. Il y avait dysménorrhée; chaque époque des règles était laborieuse et n'aboutissait qu'à un écoulement de sang qui durait faiblement deux ou trois jours tout au plus.

Quelque temps après, on me ramena cette demoiselle avec une de ses sœurs, âgée de huit ans. Celle-ci était d'un second lit; elle avait un *spina ventosa* des deux phalanges du gros orteil droit; un abcès du volume d'un œuf de pigeon au-dessus du condyle interne de l'humérus droit; une otite chronique du même côté; de sorte que, chez ce second enfant, on voyait déjà réunies la scrofule des os, la scrofule du système cellulaire et celle du système muqueux.

La demoiselle du premier lit avait un frère qui était d'une faible constitution, et dont le développement était très-lent sous tous les rapports.

Celle qui était issue d'un second mariage, et dont trois systèmes organiques étaient déjà atteints de scrofule, avait une sœur plus âgée qu'elle de dix-huit mois, qui, comme elle, avait une otite chronique de l'oreille droite; elle offrait, en outre, un état catarrhal de toutes les surfaces muqueuses, et elle était sujette à des vers intestinaux.

Le père de ces quatre enfants est resté fils unique après avoir perdu trois sœurs en bas âge; il a eu lui-même une enfance très-maladive. Son développement a été très-retardé par un favus qui a résisté, pendant des années, à divers traitements; il est allé aux armées à l'âge de dix-huit ans, et sa santé en a été sensiblement fortifiée; il est néanmoins, présentement, à l'âge de quarante-deux ans, d'une constitution maigre, et d'une taille au-dessous de la moyenne; sa poitrine est étroite; sa voix est voilée, peut-être même pectoriloque. Son père était resté fils unique de six enfants.

Ce cas est un de ceux qui donnent bien l'idée de la manière dont les familles scrofuleuses s'éteignent par le progrès naturel de la scrofule : le grand-père reste seul de six enfants, le père reste seul de quatre enfants; il a lui-même quatre enfants, tous quatre scrofuleux. Que voulez-vous que produisent ces quatre enfants?

Dans l'exemple qui précède, nous avons vu un homme scrofuleux avoir des enfants scrofuleux de deux lits, quoique ni sa première ni sa seconde femme ne fussent scrofuleuses. L'exemple suivant est celui d'une femme scrofuleuse qui a eu des enfants scrofuleux de deux maris, qui ne l'étaient ni l'un ni l'autre, avec cette circonstance que son second mari avait eu quatre enfants sains d'un premier lit.

Le nommé Coudert, malade à l'hôpital Saint-Louis en 1829, avait éprouvé toutes les espèces de maladies scrofuleuses à un très-haut degré d'intensité. Le père de ce jeune homme avait eu quatre enfants d'un premier lit, tous quatre fort bien portants. Il en avait eu trois de sa seconde femme, tous trois scrofuleux; notre malade en était un.

Cette seconde femme avait eu un premier mari, duquel elle avait eu quatre enfants, dont deux filles étaient tuberculeuses-pulmonaires.

Enfin j'ai vu le cas d'un homme marié trois fois, et qui n'avait eu des enfanis scrofuleux que de son second mariage. Il en avait eu trois de celui-ci, un garçon que nous avons eu à l'hôpital Saint-Louis, et deux filles. L'une d'elles est morte à dix ans de tumeur blanche du genou; l'autre, qui avait eu des tubercules cervicaux dans son enfance, jouissait d'une bonne santé à quarante ans. Cet homme n'avait eu que des enfants bien portants de sa première et de sa troisième femme.

Réflexions sur les observations contenues dans les trois articles précédents.

Les observations que nous avons résumées dans les trois articles qui précèdent ne donnent qu'une idée encore incomplète de la généralité de la maladie et du nombre des morts dans les familles scrofuleuses. Nous manquons des éléments nécessaires pour compléter ces observations ; nous ne connaissons le nombre des enfants scrofuleux que lorsque nous pouvons en juger par nous-même. Les parents, en général, s'abusent, se flattent sur la santé de leurs enfants, qu'ils croient souvent bien portants, quoiqu'ils soient déjà manifestement scrofuleux ; et alors même que la maladie éclate par quelque fait bien marquant, il est rare que cet avertissement éveille leur sollicitude sur la santé de leurs autres enfants. Leur aveuglement à cet égard va souvent au-delà de ce que l'on pourrait imaginer. Une mère qui nous présente un enfant scrofuleux commence, ordinairement, par affirmer qu'elle n'a que celui-là de malade, et nous témoigne quelquefois une certaine surprise de ce que la scrofule a pu atteindre un de ses enfants, tous les autres étant exempts de cette maladie. Ces erreurs naissent de l'opinion où l'on est dans le monde qu'il n'y a de scrofule que celle qui enlaidit la figure, qui siége à la face et dans les régions cervicales, tandis que cette maladie peut se montrer sous des formes et à des degrés très-variés dans tous les organes et dans toutes les régions de l'économie.

Ces opinions erronées viennent, je le répète, de l'amour des parents pour leurs enfants, et de l'aveuglement qui en est une conséquence très-ordinaire ; ils se hâtent d'affirmer d'avance ce qu'ils désirent, et, à leur insu, ils cherchent à nous influencer. Mais nous avons l'habitude de tout voir par nous-même ; et malgré ce que peuvent nous dire les assistants, nous continuons à nous informer de la santé des autres enfants, et alors nous obtenons bientôt la certitude qu'ils ont tous une prédisposition commune et semblable à celle de l'enfant que nous avons sous les yeux. Parmi ces autres enfants sur la santé desquels les parents sont dans la plus trompeuse sécurité, on en rencontre souvent qui sont déjà plus profondément scrofuleux que celui pour lequel on nous consulte, et qu'on a regardé comme seul atteint de scrofule, parce qu'il offre quelque signe plus vulgaire de cette maladie.

On a pu voir, dans le récit des observations que nous avons présentées à propos de la généralité de la scrofule dans la famille, que nous ne sommes arrivé à l'établir et à la faire reconnaître qu'en résistant aux informations négatives qui nous étaient données.

La première observation est celle d'un jeune homme tuberculeux et affecté de tumeur blanche, que l'on regardait comme seul scrofuleux de sa famille, quoiqu'il eût trois sœurs et un frère que la scrofule n'a pourtant pas épargnés. Une de ses sœurs, âgée de seize ans, était déjà tuberculeuse-pulmonaire à un degré si avancé, qu'elle a succombé peu de temps après qu'au grand étonnement de sa famille, qui n'en était nullement avertie, nous eûmes prononcé que cette jeune fille était encore plus malade que ses frères et sœurs.

La seconde et la troisième observation nous offrent également l'existence du vice scrofuleux manifestée dans la famille par les faits les plus saillants, les parents conservant, néanmoins, une sécurité complète sur la santé de leurs autres enfants.

Convenons, cependant, que la pratique médicale doit être en partie responsable de ces illusions : les médecins, en général, donnent aux maladies scrofuleuses un nom particulier auquel ils n'ajoutent que rarement le nom véritable, le nom générique, celui qui leur est commun et les réunit toutes dans un même genre. L'enseignement est si éloigné des vues d'ensemble que nous cherchons à propager, que les maladies scrofuleuses sont disséminées dans plusieurs services des hôpitaux, selon qu'elles affectent les yeux, la peau, le système osseux, les poumons. Avec des notions aussi superficielles de diagnostic, on n'arrivera jamais à connaître la complexion de famille qui est le point de départ de toutes ces maladies.

Quant au nombre des morts, bien qu'il soit plus facile de le compter que de reconnaître le tempérament de famille sur chaque individu en particulier, nous ne l'avons guère qu'approximativement ; les parents ne se le rappellent pas toujours, et les enfants que nous interrogeons dans les hôpitaux n'ont souvent qu'un souvenir incertain du nombre de frères et sœurs qu'ils ont perdus. Ainsi que pour le nombre des enfants atteints de scrofule, les renseignements qu'on nous donne sur le nombre des enfants morts de cette maladie sont ordinairement au-dessous de la vérité. Ce qui le prouve, c'est que ce nombre augmente souvent, en questionnant de nouveau les malades sur les antécédents.

Quel que soit ce nombre à une époque donnée, il va toujours en augmentant par la suite ; il a plusieurs fois augmenté depuis la première rédaction de ce mémoire. Il a dû augmenter plus souvent que cela n'est venu à ma connaissance, et il n'est pas douteux que la mort ne fasse encore des victimes parmi ceux qu'on a regardés comme ayant enfin échappé aux dangers de la scrofule.

Dans cette énumération nécrologique, nous ne devons pas oublier les enfants qui meurent avant de naître. Les avortements sont fort communs chez les femmes qui ont des enfants scrofuleux, soit à raison de leur santé personnelle, soit à cause de celle de leur mari (2e partie, *Causes pathologiques*). Le quart au moins des enfants scrofuleux meurent durant la vie fœtale.

Je regarde ces fausses couches comme le plus haut degré, comme le degré le plus intense des maladies héréditaires. Il est en effet évident que le fœtus qui meurt scrofuleux est plus profondément scrofuleux que l'enfant qui meurt en voyant le jour, ou dans un temps plus ou moins éloigné du moment de sa naissance.

La scrofule est donc le principe le plus actif de la destruction de l'espèce humaine ; aucune autre maladie ne fait des victimes aussi jeunes ni aussi nombreuses. Il n'en est aucune qui abrège autant la durée de la vie.

Buffon dit que, plus la mort approche, plus sa marche se ralentit. Cette observation générale n'a

pas d'autre raison que la bonne santé originaire des individus. C'est que l'on ne vieillit que lorsqu'on est bien organisé, que lorsque le corps est pur de maladies héréditaires; en sorte qu'un âge avancé est le signe d'une heureuse organisation qui a le privilége de se prolonger durant tout le cours que peut avoir la vie humaine.

Nous terminons ici les développements relatifs aux caractères de l'hérédité : on trouvera peut-être que nous avons trop insisté sur ces caractères; nous croyons cependant n'être entré dans aucun détail qui ne jette un nouveau jour sur le diagnostic des maladies scrofuleuses.

Nous allons maintenant nous occuper de la santé des parents qui engendrent des enfants scrofuleux.

CHAPITRE. II. — *De la santé des parents qui engendrent des parents scrofuleux.*

Nous venons de voir que, lorsque la scrofule existe dans une famille, elle en attaque généralement tous les enfants, et qu'elle en fait périr le plus grand nombre dans les premières années de la vie, et même dans le sein maternel.

Ces deux phénomènes sont assez significatifs pour faire reconnaître l'hérédité dans les familles où ils existent réunis; ce sont les caractères essentiels de l'hérédité; ils la désignent, et ne peuvent désigner qu'elle.

Nous pousserons néanmoins nos recherches plus loin, et après avoir étudié l'hérédité elle-même, nous allons en rechercher l'origine en étudiant quelle est la santé des parents qui engendrent des enfants scrofuleux.

Je ne connais aucun autre point de pathologie sur lequel on ait jamais établi entre les effets et les causes une relation physiologique plus directe, plus intime que celle que nous avons trouvée entre la santé des enfants et celle de leurs parents. Cette relation est si constante qu'elle doit être regardée comme une loi de notre organisation, comme une loi primordiale, d'après laquelle *la santé des enfants tire son origine de la santé des parents.* C'est en ces termes que je l'ai formulée pour servir d'épigraphe à cet ouvrage, parce qu'elle est l'abstraction la plus directe, la plus générale des matériaux dont il est composé.

Il ne doit y avoir aucune exception à cette loi. Les faits qui nous paraissent exceptionnels ne le sont point pour cela; ce sont des faits dont certains éléments nous échappent, et que, pour cette raison, nous ne savons pas pénétrer. Nous le pouvons d'autant moins que nous sommes sans guide dans la recherche de l'hérédité, laquelle reste ignorée dans beaucoup de cas où la scrofule n'a pourtant point d'autre origine (art. III, IV et suivants).

Cette loi que l'on connaît à peine est pourtant celle de notre existence; notre santé, celle de nos enfants, font notre destinée. La santé, le bonheur, seront toujours le partage des hommes qui feront de cette loi la règle de leur conduite; mais les relations de parenté, comme on les contracte ordinairement, sans une attention préalable au tempérament de famille, sont une source inévitable de maladies scrofuleuses et, par suite, des chagrins les plus amers dont la vie puisse être abreuvée. Au sujet des causes héréditaires des maladies, le sage Fernel a dit que nous tirons notre plus grande force de notre naissance : *Maxima ortus nostri vis est.* Nos propres observations nous apprennent chaque jour une autre vérité qui n'est ni moins générale ni moins utile à connaître, savoir : *que le sort le plus malheureux est celui d'être issu de parents malades.*

Mais quand nous avançons que la scrofule naît par filiation héréditaire, nous ne voulons pas dire pour cela qu'elle naisse exclusivement de parents scrofuleux; nous ferons même observer que si elle n'avait pas d'autre origine, que si elle ne pouvait naître que d'elle-même, la scrofule n'affligerait pas longtemps l'espèce humaine, car elle s'y éteindrait par la mort des scrofuleux.

Elle se perpétue, elle se propage, parce qu'elle n'a pas qu'une seule origine, parce qu'elle naît de plusieurs sources, de plusieurs états de santé qui tous affaiblissent la virilité de l'homme et rendent sa progéniture scrofuleuse.

Nous avons étudié longtemps ces divers états de santé et leurs rapports avec les maladies scrofuleuses; nous pensons les avoir spécifiés avec exactitude, puisque nous pouvons le plus ordinairement rapporter à l'un, ou à plusieurs d'entre eux, les cas de scrofule qui se présentent chaque jour à notre observation.

Ces divers états de santé sont originaires ou acquis. Dans le premier cas, les parents sont eux-mêmes affectés de maladies héréditaires qu'ils transmettent à leurs descendants; dans le second, c'est par suite de maladies accidentelles, ou par certains états actuels de santé, qu'ils sont devenus impropres à procréer des enfants sainement organisés.

C'est à ces deux sources : 1° la santé originaire; 2° la santé acquise des parents ascendants, que nous avons puisé de nouvelles notions sur les causes héréditaires des maladies scrofuleuses, dont l'histoire se trouve ainsi divisée en deux ordres naturels de faits que nous exposerons dans deux sections particulières.

SECTION PREMIÈRE. — *De la santé originaire des parents qui engendrent des enfants scrofuleux.*

Lorsque les causes de la scrofule proviennent de la santé originaire des parents, ceux-ci sont eux-mêmes scrofuleux ou tuberculeux, ce qui est pour nous la même chose, et le plus ordinairement leur état de maladie est assez apparent pour qu'on puisse reconnaître aussitôt l'origine de la scrofule, dont leurs enfants sont généralement affectés.

Mais le tempérament pathologique des parents ne se dessine pas toujours assez fortement pour qu'il soit facile d'établir, dans tous les cas, la relation qui existe entre leur santé et celle de leurs enfants.

C'est par cette raison que nous aurions méconnu cette relation plus souvent que cela ne nous est arrivé, si, dès le commencement de nos recherches, nous n'avions aperçu que, dans les cas où l'hérédité manquait, nous ne trouvions cependant point de causes extérieures occasionnelles.

Cette remarque générale nous a mis, pendant quelque temps, en présence de faits sans cause, c'est-à-dire à l'origine desquels nous ne savions pas remonter; nous touchions évidemment aux limites de la science. Il a donc fallu aller à la recherche des causes de ces faits, qui alors n'en avaient pas encore pour nous.

On a tant abusé des causes extérieures occasionnelles; on leur a accordé une influence si gratuite au sujet des maladies scrofuleuses en particulier, quoiqu'elles coïncident rarement avec l'existence de ces maladies; l'hérédité au contraire les relie d'une manière si satisfaisante; elle se rapporte si bien à leur unité en tout lieu, que j'ai été amené tout naturellement à penser que c'était encore de cette source que pouvaient naître les faits dont la cause restait inconnue.

Ma présomption n'a pas tardé à se réaliser. J'ai vu effectivement que les causes héréditaires sont plus nombreuses et plus fréquentes qu'on ne le pense généralement; que l'hérédité existe dans beaucoup de cas où les traces de son existence étant éloignées, on ne les aperçoit point au premier examen, mais qu'elles deviennent évidentes en étudiant mieux la santé des parents ascendants. Pour cela on ne doit pas se contenter de considérer leur état actuel de santé, il faut aussi chercher à connaître quelle a été leur santé antérieure, et quel est le tempérament de la famille.

Ces nouveaux points de vue étendent beaucoup le domaine de l'hérédité, et jettent la plus vive lumière sur une foule de faits qu'on ne savait jusqu'à ce jour rapporter à leur véritable origine. Il sera désormais facile de la reconnaître en ayant égard aux antécédents et aux coïncidences que nous venons de signaler. Alors on verra que la scrofule ne naît pas seulement des parents actuellement scrofuleux, mais qu'elle peut encore provenir : 1° de parents qui ont été scrofuleux, et qui paraissent ne l'être plus; 2° de parents qu'on croit exempts de scrofule, quoique leurs frères et sœurs soient scrofuleux; 3° de parents qui n'offrent sur eux-mêmes de signes de scrofule qu'après avoir engendré des enfants scrofuleux.

Art. I. — *De la scrofule par des parents scrofuleux.*

Il ne faut pas croire que les faits particuliers qui ont servi à établir la généralité de la scrofule dans la famille, et la très-grande mortalité qu'elle y occasionne, n'auraient pu prouver autre chose. Ces mêmes faits seraient encore de bons matériaux pour les autres considérations que nous avons à présenter sur les causes des maladies scrofuleuses. La plupart d'entre eux pourraient servir également à prouver l'hérédité par des parents scrofuleux, le début de la scrofule sans causes extérieures, son invasion au milieu des conditions d'hygiène les plus propres à donner une bonne santé, etc., etc. Nous aurions pu faire remarquer toutes ces circonstances dans le plus grand nombre des observations particulières que nous avons produites; mais si nous avions suivi cette marche, nous n'aurions pu éviter de nombreuses répétitions, et par suite beaucoup de confusion. C'est pourquoi nous avons pris le parti d'isoler chacune des faces de la question pour les étudier en particulier dans un certain nombre de faits; c'était le seul moyen de mettre en œuvre la plus grande quantité possible de nos observations, et de les grouper autour des lois naturelles dont elles dérivent. La scrofule par des parents scrofuleux est une de ces lois, une de ces causes héréditaires, dont nous allons nous occuper en premier lieu.

Ce ne sont jamais les hommes robustes, originairement bien constitués, actuellement bien portants, dont la descendance est scrofuleuse. De même, on doit regarder comme hors nature qu'un homme scrofuleux engendre des enfants robustes et bien constitués. La scrofule, existant soit du côté paternel, soit du côté maternel, est pour ainsi dire calquée dans les produits de la génération; à plus forte raison, quand elle existe des deux côtés à la fois. Je regarde cette transmission comme inévitable quand elle prend sa source dans la santé du père; mais cette loi de transmission m'a paru souffrir quelques rares exceptions dans les cas où un homme sain féconde une femme scrofuleuse.

Les scrofuleux arrivent rarement à l'âge de propager la maladie dont-ils sont atteints, car la plupart d'entre eux meurent dans les premiers mois, dans les premières années de la vie, et ne dépassent que rarement l'âge de puberté. A peine si le cinquième se marie, et on ne doit point le regretter, puisqu'ils ne peuvent donner le jour qu'à des êtres encore plus faibles qu'eux-mêmes, et dont l'alliance avec des personnes saines contagionne la société de maladies héréditaires.

La transmission par voie d'hérédité est néanmoins la cause la plus commune de la scrofule; je dis même qu'elle est plus commune que toutes les autres causes ensemble, en y comprenant, comme je le fais, la phthisie tuberculeuse pulmonaire, qui, je le répète, n'est qu'une forme de cette maladie, ainsi que nous le mettrons hors de toute controverse dans l'article suivant.

J'ai donné des soins à un grand nombre d'enfants dont les parents portaient des traces évidentes de maladies scrofuleuses qu'ils avaient eues dans leur enfance ou dans leur jeunesse.

On voit dans un assez grand nombre de cas les parents transmettre à leurs enfants la même espèce de scrofule que celle dont ils ont été eux-mêmes affectés. J'ai observé des enfants scrofuleux qui avaient des tubercules, comme en avait eu l'un de leurs parents ascendants; j'en ai vu qui avaient ainsi hérité d'ophthalmies rebelles, d'abcès opiniâtres, de caries, de rachitisme, etc., etc.

Une femme qui avait eu dans son enfance des tubercules cervicaux ulcérés, et qui n'avait franchi qu'avec peine l'âge de puberté, avait eu quatre enfants, dont l'un était mort à huit mois; les trois autres étaient scrofuleux-tuberculeux comme leur mère. Deux d'entre eux, que nous avons eus ensemble à l'hôpital Saint-Louis, étaient en outre ophthalmiques; le troisième ne l'était point, mais il était fort sujet à des bronchites que je regarde comme de même espèce que les ophthalmies dont ses frères étaient affectés.

Une dame âgée de trente-deux ans, mère de cinq enfants, en avait perdu quatre en bas âge, et me consulta pour sa fille unique, âgée de trois ans, qui était ophthalmique, et qui avait déjà sur les yeux des taies, suites d'ophthalmies antérieures. Cette dame avait eu le même genre de maladie dans son enfance, et elle avait toujours eu, depuis, les yeux rouges, et le bord libre des paupières un peu gonflé.

J'ai traité un écolier de douze ans d'une tumeur tuberculeuse située dans la région sous-maxillaire gauche. La mère de cet enfant porte une cicatrice tuberculeuse dans la même région, et plusieurs autres marques de la scrofule dont elle a été affectée dans son enfance.

Le nommé Barbier avait depuis quatre ans, à la partie moyenne et supérieure de la poitrine, une très-large ulcération qui avait été réfractaire à tous les traitements qu'on avait mis en usage. Le père de ce malade présentait la cicatrice d'un vaste ulcère scrofuleux qu'il avait eu, pendant plusieurs années, dans la même région. Ce jeune scrofuleux, qui était atteint de la même maladie qu'avait eue son père, chez lequel elle occupait le même siége, avait un oncle paternel affecté d'ulcères aux jambes.

Le nommé Aujard, âgé de quarante ans, de faible complexion, souffrant parfois de la poitrine, avait une ophthalmie palpébrale double dont l'origine remontait à la petite vérole qu'il avait eue dans son enfance.

Son fils, âgé de seize ans, entré à l'hôpital Saint-Louis, dans le cours de l'année 1829, était affecté de la même ophthalmie palpébrale double depuis l'âge de cinq ans; il l'avait contractée, comme son père, à la suite de la variole.

Un second fils, âgé de treize ans, avait eu, à l'âge de cinq ans, une ophthalmie qui avait duré deux ans.

Une fille, âgée de quatorze ans et demi, était ophthalmique depuis sa septième année.

Le nommé Salmon avait été ophthalmique pendant plusieurs années de son enfance, et depuis il avait une affection catarrhale des voies aériennes. Cet homme était père de onze enfants, dont sept étaient morts en bas âge. Il lui en restait quatre, sur lesquels trois étaient ophthalmiques; le quatrième était notre malade à l'hôpital Saint-Louis; il était couvert d'ulcères scrofuleux, et de cicatrices encore plus nombreuses sur le tronc et les membres. Plusieurs de ces ulcères étaient fistuleux, quelques-uns avaient donné issue à des esquilles. La maladie du jeune Salmon avait commencé à l'âge de sept ans, et n'avait plus offert depuis que de courtes rémissions.

Au mois de décembre 1830, une jeune dame rachitique, de petite taille, sujette à une leucorrhée abondante, me consulta pour un de ses enfants, âgé de six ans et demi, qui était déjà rachitique. Cet enfant avait, en outre, des tubercules cervicaux et mésentériques et les amygdales habituellement grosses; il était fort sujet aux engelures et fort pâle.

Cet enfant avait une sœur de cinq ans et demi qui avait, comme lui, la taille déviée de droite à gauche.

Au mois de janvier 1841, un homme qui portait une cicatrice scrofuleuse au côté droit du cou, et qui était, dans le moment, assez bien portant, nous présenta à la consultation de l'hôpital Saint-Louis son fils âgé de dix ans, affecté d'un ulcère tuberculeux situé sur la joue droite, au devant de l'oreille. Cet enfant avait plus d'un point de ressemblance avec son père.

Cet homme avait eu deux autres enfants : une fille qui était morte à cinq ans d'hydrocéphale, en quarante-huit heures; un fils qu'il avait perdu à l'âge de deux ans de cette dernière maladie, et chez lequel elle avait été précédée de convulsions.

Il y a cinq ans, on m'amena à la consultation de l'hôpital Saint-Louis une jeune fille de la banlieue de Paris, âgée de seize ans, affectée de tumeurs tuberculeuses ulcérées au cou; la mère de cette enfant était morte, dix ans auparavant, dans une des salles du pavillon Gabrielle, de la même maladie.

Le nommé Frison, un des premiers malades sur lesquels nous avons fait nos expériences sur les préparations iodurées, et que nous avons guéri, en 1827, d'une tumeur tuberculeuse au côté gauche du cou, était né d'un père qui avait eu des tubercules ulcérés dans les régions cervicales, et qui était mort tuberculeux-pulmonaire à trente et un ans.

Au mois de mai 1837, nous avons perdu à l'hôpital Saint-Louis un tuberculeux nommé Delpech; il laissait quatre enfants en bas âge, qui, tous quatre, moururent tuberculeux en moins de trois mois, après la mort de leur père; le plus âgé d'entre eux n'avait pas encore atteint sa septième année.

Cette dernière observation, très-abrégée, nous offre cependant trois points très-importants à considérer : 1° l'hérédité de la scrofule; 2° sa généralité dans la famille; 3° la mortalité qu'elle y occasionne.

La similitude que l'on peut remarquer dans les signes extérieurs de la scrofule chez les parents et chez leurs enfants n'est souvent que l'état actuel du diagnostic au moment où l'on recueille l'observation. Tel enfant qui est ophthalmique comme son père; tel autre qui offre une tumeur tuberculeuse dans la même région où sa mère a une cicatrice, suite d'une tumeur de même espèce, auront plus tard d'autres signes de scrofule; car, dans le plus grand nombre des cas, les maladies scrofuleuses coïncident plusieurs ensemble, et se succèdent pendant la vie des scrofuleux. On voit rarement une maladie scrofuleuse rester toujours la même, et occuper le même siége jusqu'à sa guérison, ou jusqu'à sa terminaison funeste. Un enfant qui est actuellement ophthalmique sera plus tard tuberculeux; il aura des caries aux phalanges, une coxalgie, etc., etc.; et s'il succombe, ce ne sera qu'après avoir éprouvé la plupart des maladies scrofuleuses.

Assez souvent j'ai observé la coïncidence de la scrofule sur trois générations. Lorsqu'on observe la scrofule sur trois générations à la fois, le plus ordinairement la troisième génération s'éteint presqu'en naissant. J'ai connu deux sœurs dont la mère avait au cou des traces évidentes de scrofule, et qui était, en outre, affectée d'un squirrhe au sein droit, survenu à l'âge critique. Ces deux sœurs, mariées toutes deux, n'ont pu élever d'enfants; je doute qu'elles atteignent elles-mêmes l'âge de retour, et, si elles y arrivent, il ne leur sera pas moins funeste qu'à leur mère.

Je citerai encore l'exemple suivant, celui d'une

dame qui n'a survécu aux maladies scrofuleuses dont elle a souffert dans sa jeunesse, que pour perdre cinq enfants dans son sein et donner le jour à deux filles scrofuleuses comme elle, et qui ne pourront élever des enfants.

Une dame du département de l'Aube, âgée de soixante-quatre ans, est venue me consulter cette année pour des douleurs qu'elle éprouvait dans le membre abdominal droit; elle a eu dans sa jeunesse une tumeur blanche de l'articulation tibio-fémorale du même membre et des abcès froids dans la région des trochanters. Cette dame est de petite taille; elle est rachitique, voûtée, maigre, couperosée.

Mariée à vingt ans, elle a fait d'abord cinq fausses couches qui ont toutes été suivies de pertes abondantes de sang pendant deux mois et demi. Deux ans après sa dernière fausse couche, elle est accouchée à terme d'une fille; elle en a eu une seconde trois ans après la première. Ces filles ont été mariées toutes deux à l'âge ordinaire, quoiqu'elles fussent de très-faible complexion.

L'aînée est âgée de trente-quatre ans; elle a eu deux enfants : une fille qui est morte à huit mois; un garçon qui a présentement quatorze ans, et qui est à Cauterets pour une tumeur blanche de l'articulation tibio-fémorale droite.

La seconde, âgée de trente et un ans, a été mère de deux filles qu'elle a perdues. Ces deux jeunes femmes ont fait aussi des fausses couches comme leur mère, mais je n'ai pu en savoir le nombre.

J'ai vu naître, il y a cinq ans, un enfant très-petit et très-faible qui est mort au bout de son sixième mois, n'ayant pu se nourrir, quoiqu'on ait tout fait pour sa conservation. Je pense que le père de cet enfant ne sera pas plus heureux par la suite, parce que je l'ai traité, il y a vingt-quatre ans, d'hydrocéphale chronique, et parce qu'il est lui-même scrofuleux par son père. Ce fait contient trois générations scrofuleuses dans un quart de siècle! La troisième s'éteint en naissant.

Dans bien des cas, cette troisième génération ne voit pas le jour; les mères avortent le plus souvent, et il en est même qui ne peuvent porter aucun enfant à terme.

On peut ajouter à ces exemples d'hérédité ceux que nous avons déjà rapportés dans les articles précédents, et par la suite nous en ferons connaître un plus grand nombre à propos des différents rapports sous lesquels nous avons encore à étudier les causes des maladies scrofuleuses.

Pour le moment, nous ne multiplierons pas davantage les exemples d'hérédité par des parents scrofuleux, et il est d'autant moins nécessaire d'en citer un plus grand nombre, qu'il n'y a ici rien de nouveau à prouver, l'hérédité des maladies scrofuleuses n'étant généralement point contestée par les praticiens. Il est d'ailleurs très-facile d'acquérir sur ce point de doctrine la conviction la plus entière, en interrogeant seulement quelques malades scrofuleux avec un peu d'attention.

Art. II. — *De la scrofule par des parents tuberculeux-pulmonaires.*

J'ai traité de cette espèce d'hérédité en particulier, afin de mettre mieux en évidence la parenté des maladies scrofuleuses et des tubercules pulmonaires, et de faire ressortir plus clairement la filiation réciproque et très-commune de ces maladies; je dis plus, leur nature identique.

Quoique cette idée ne soit point nouvelle, on dirait qu'elle est inconnue de nos jours, à voir à quel point les médecins se préoccupent des causes occasionnelles et de la localisation des tubercules; à voir aussi combien la pratique est généralement éloignée des indications qui découlent de la nature scrofuleuse des tubercules pulmonaires.

Sydenham a si bien reconnu la similitude de ces maladies, qu'il désigne la phthisie tuberculeuse-pulmonaire sous le nom de *scrofule des poumons*, expression de doctrine dont j'ai acquis la preuve anatomique, que je développerai dans un autre ouvrage sur le tubercule, dont la rédaction est terminée.

Portal regarde la maladie qu'il appelle phthisie pulmonaire d'origine comme une maladie de nature scrofuleuse; il revient assez souvent sur cette idée pour qu'on puisse être étonné que nos contemporains n'en aient pas tenu compte et s'en soient même tout à fait éloignés dans leur pratique.

La similitude de la scrofule et des affections tuberculeuses est trop manifeste, trop constante pour avoir échappé complétement à Bayle et à Laënnec; mais on doit regretter que, sur ce point de doctrine, ces bons observateurs soient moins avancés que Portal. Leur silence sur la nature scrofuleuse des tubercules pulmonaires a été surtout fâcheux par l'accès beaucoup plus facile qu'il a donné aux idées de localisation, et, par suite de ces idées, aux médications les plus dangereuses qu'on puisse mettre en usage dans le traitement des tubercules pulmonaires. Si ces deux auteurs, qui jouissent à bon droit d'une grande autorité, eussent travaillé à dévoiler mieux encore qu'on n'avait fait avant eux la nature scrofuleuse des tubercules pulmonaires; s'ils avaient signalé le progrès toujours plus rapide de cette affection, par le traitement et le régime antiphlogistiques basés sur l'étiologie prétendue inflammatoire des tubercules, ils auraient empêché l'abus qu'on a fait de la saignée dans une maladie qui ne réclame point les émissions sanguines comme méthode générale de traitement.

La nature commune de la scrofule et des tubercules pulmonaires est des plus manifestes; en effet, ces deux maladies ont également une origine héréditaire; elles sont, l'une et l'autre, générales dans la famille, et elles y occasionnent la même mortalité. Ces trois caractères, qui leur appartiennent au même degré, suffiraient pour établir la similitude de ces maladies; mais nous allons rendre cette similitude encore plus évidente en faisant voir : 1° que la scrofule a le plus souvent une origine tuberculeuse; 2° que ces deux maladies coïncident ordinairement dans la famille; 3° que tous les scrofuleux sont tuberculeux-pulmonaires.

1° *Origine tuberculeuse de la scrofule.* — La scrofule a le plus souvent une origine tuberculeuse; plus de la moitié des scrofuleux ont des tuberculeux-pulmonaires dans leurs parents ascendants. Les maladies scrofuleuses de toute espèce, des tubercules cervicaux, mésentériques, pulmonaires, etc.; des

tumeurs blanches, des caries, des ophthalmies, des bronchites, des vers intestinaux, l'hydrocéphale aiguë ou chronique, etc., etc., règnent dans des familles sans autre raison que l'existence de tubercules pulmonaires chez l'un des parents ascendants.

La scrofule a si généralement une origine tuberculeuse, que dans deux salles contenant quatre-vingt-quatre lits, j'ai constaté communément l'existence de la phthisie tuberculeuse pulmonaire sur plus de la moitié des parents ascendants. Ce résultat est encore au-dessous de la réalité. La proportion des cas dans lesquels l'origine héréditaire de la scrofule est tuberculeuse doit être plus forte. Un grand nombre de malades manquent de renseignements, ou ne peuvent en donner que de trop vagues, sur la santé de leurs familles; d'autres ne peuvent attribuer la mort de leurs parents à la phthisie tuberculeuse, parce que cette maladie ne s'est pas fait connaître par des signes assez évidents.

C'est pourquoi, aux observations générales que je viens de présenter, et qui sont basées sur les déclarations des malades, que l'un de leurs parents ou tous deux étaient morts de la poitrine, en nous donnant à cet égard des détails qui nous ont paru suffisants, nous devons ajouter encore une autre série d'observations dans lesquelles nous n'avons pas eu de renseignements assez positifs pour admettre formellement l'existence de la phthisie tuberculeuse, mais dans lesquelles il est cependant facile de reconnaître que cette dernière maladie est le principe héréditaire de la scrofule. Dans la plupart de ces cas, en effet, on nous a dit que les parents étaient d'une constitution faible, et qu'ils étaient morts jeunes; deux circonstances d'après lesquelles il est très-probable qu'ils sont morts tuberculeux-pulmonaires.

Nous avons enfin constaté plusieurs cas de mort prématurée chez de grands parents, que nous ne mentionnons que pour mémoire.

2° *Coïncidence des maladies scrofuleuses et des tubercules pulmonaires dans la famille.* — Les considérations qui précèdent sont encore justifiées par la coïncidence très-commune de la phthisie tuberculeuse avec les autres maladies scrofuleuses. Les enfants scrofuleux ont souvent des frères et sœurs tuberculeux-pulmonaires. J'ai traité à Paris, en 1830, un jeune enfant du département de la Moselle, d'une scrofule cutanée esthiomène de la joue droite. Ce malade a perdu un frère aîné et une sœur de la poitrine. Ils étaient issus tous trois d'une mère morte tuberculeuse-pulmonaire à trente ans.

Le nommé Belon avait les régions cervicales remplies de tumeurs tuberculeuses. Sa mère était morte tuberculeuse-pulmonaire; il avait perdu un frère, à vingt ans, de la même affection; il avait une sœur de dix-neuf ans qui toussait habituellement depuis qu'elle avait eu le croup dans sa première enfance (2e partie, *Causes pathologiques*).

Domergue était ophthalmique et affecté de caries profondes; il avait eu un frère qui mourut à huit ans de fièvre cérébrale; une sœur qui mourut à douze ans ophthalmique et tuberculeuse-pulmonaire. Ces trois enfants étaient nés d'un père qui avait succombé, à l'âge de trente-sept ans, aux progrès d'une tuberculisation des poumons; ils avaient tous trois hérité de la même prédisposition à cette redoutable maladie.

Nous allons voir maintenant que les malades scrofuleux eux-mêmes sont tuberculeux-pulmonaires comme ceux de leurs frères chez lesquels la scrofule ne s'est montrée que sur les organes de la respiration.

Dans les familles scrofuleuses on perd des enfants de la poitrine, et réciproquement dans les familles tuberculeuses-pulmonaires quelques enfants succombent à des maladies scrofuleuses. Dans le langage ordinaire, une famille est scrofuleuse quand ce sont les maladies scrofuleuses qui causent une plus grande mortalité que les tubercules pulmonaires; elle est tuberculeuse lorsque la tuberculisation du poumon moissonne un plus grand nombre d'enfants que les autres maladies scrofuleuses.

Les praticiens font encore une différence tellement essentielle entre la scrofule et le tubercule, qu'ils traitent ces maladies sans établir entre elles aucune relation. On traite un malade affecté de tumeur blanche sans attacher aucune importance à la mort d'un frère qui est survenue par le développement de tubercules pulmonaires. D'un autre côté, on suit la marche progressive d'une tuberculisation du poumon sans établir aucune relation entre cette dernière maladie et des exemples de tumeur blanche qui ont existé, ou qui existent présentement dans la famille.

Le temps n'est pas éloigné, je pense, où la relation de ces maladies sera généralemennt reconnue et hors de toute controverse. Nous venons de voir que la scrofule a le plus souvent une origine tuberculeuse, que les familles scrofuleuses perdent beaucoup d'enfants de la poitrine. Nous allons voir maintenant que les malades scrofuleux eux-mêmes sont tuberculeux-pulmonaires, comme ceux de leurs frères chez lesquels la scrofule ne s'est montrée que sur les organes de la respiration.

3° *Les scrofuleux sont tuberculeux-pulmonaires.*—Les enfants scrofuleux, comme on l'entend généralement, ceux qu'on regarde comme scrofuleux et non pas comme tuberculeux-pulmonaires, le sont néanmoins aussi bien que ceux chez lesquels la scrofule tuberculeuse débute sur les poumons, et se concentre sur ces organes. La mort naturelle des scrofuleux a lieu par la poitrine; on peut même avancer qu'elle n'a pas lieu autrement. Les tubercules sous-cutanés, les ophthalmies, les ulcères de la peau, les caries des os, les maladies scrofuleuses en général, ne se terminent d'une manière funeste qu'après la tuberculisation des poumons.

Belon, dont nous parlions un peu plus haut comme ayant des tumeurs tuberculeuses dans les régions cervicales, était pour nous un tuberculeux-pulmonaire, aussi bien que celle de ses sœurs qui avait déjà succombé à cette maladie; aussi bien que celle qui en éprouvait déjà des symptômes assez avancés. Ces trois enfants avaient une même santé; ils étaient atteints du même genre de maladie; il n'y avait aucune différence de nature; il y en avait seulement dans la forme actuelle et dans le degré de la maladie.

Belon n'avait peut-être pas encore de tubercules pulmonaires; mais il en avait la prédisposition, parce qu'il avait déjà des tumeurs tuberculeuses au cou; parce qu'il avait déjà perdu une sœur de tubercules pulmonaires; parce qu'il en avait une seconde qui était déjà atteinte de la même maladie; parce qu'enfin ces trois enfants étaient nés d'une mère morte de la poitrine.

Ce que je viens de dire de Belon est commun à tous les scrofuleux : ils sont tous tuberculeux-pulmonaires.

Domergue, dont je parlais plus haut, était presque guéri de caries profondes qu'il avait eues aux deux pieds. Il a travaillé à la cuisine de l'hôpital pendant six ans, au bout desquels il est mort tuberculeux-pulmonaire.

Les scrofuleux meurent ordinairement de la poitrine, soit pendant la durée des autres maladies scrofuleuses dont ils sont atteints, soit à une époque plus ou moins éloignée de la guérison de ces maladies.

Les scrofuleux, atteints de tubercules sous-cutanés, d'abcès froids, de tumeurs blanches, etc., dont nous avons fait l'autopsie à l'hôpital Saint-Louis, nous ont tous offert, à peu d'exceptions près, des tubercules pulmonaires.

De même, parmi les scrofuleux que nous avons guéris depuis quinze ans, plusieurs sont morts, et tous, ou presque tous, avaient des tubercules dans les poumons.

Les cas fort rares dans lesquels nous n'en avons point trouvé ne sont pas pour cela des cas exceptionnels; ce sont des faits semblables à d'autres faits déjà connus dans la science, de l'invasion des tubercules pulmonaires à un âge avancé et quelquefois même dans la vieillesse, chez des individus qui étaient nés cependant avec la prédisposition héréditaire à cette maladie. Ainsi, à l'ouverture des corps, on voit par les divers états dans lesquels on trouve les tubercules, qu'il y a eu des générations successives de ces productions. A cet égard, les sujets tuberculeux présentent des différences immenses en descendant du plus haut degré de tuberculisation qu'ils peuvent offrir jusqu'à celui où l'on ne constate que l'existence de quelques tubercules. Les cas où ceux-ci manquent, la prédisposition existant, sont ceux où leur époque d'invasion n'était pas encore arrivée.

Nous n'en avons pas fini de la scrofule et des tubercules pulmonaires. Ce sujet offre plusieurs autres rapports fort intéressants, qui ne tiennent pas assez directement aux causes des maladies scrofuleuses pour trouver ici leur place. Nous y reviendrons dans un travail particulier, dans lequel nous ferons voir que le tubercule est une production de même nature dans tous les organes, et que la plupart des organes, mais surtout les poumons, sont tuberculeux chez les individus qui succombent à des maladies scrofuleuses (1).

(1) Recherches et observations sur le tubercule considéré comme une production de même nature dans tous les organes et comme le caractère commun des maladies scrofuleuses. Pour paraître au mois de mars prochain.

Art. III. — *Des parents dont la jeunesse a été scrofuleuse, mais qui jouissent, présentement, d'une assez bonne santé, engendrent souvent des enfants scrofuleux.*

Le plus grand nombre des sujets scrofuleux meurent dans les premières années de la vie, et ceux dont la constitution peut réagir assez longtemps contre les atteintes continues ou incessamment renouvelées de la scrofule, arrivent, très-affaiblis, à l'âge de puberté, qui ne les relève point de leur état de faiblesse originaire et qui leur est même souvent funeste.

La puberté n'a pourtant pas toujours une influence aussi fâcheuse; elle donne, au contraire, en certains cas, une impulsion assez favorable au tempérament pour produire une rémission profonde, ou même une solution apparente des maladies antérieures.

Mais, quelle que soit cette rémission, quelle que puisse être l'amélioration que le physique éprouve alors, la vie n'est pas pour cela retrempée au même degré de force que celle d'un homme originairement bien constitué. Quoique restauré, quoique dans un état relativement beaucoup meilleur, l'individu est néanmoins encore scrofuleux et dans le cas d'avoir une progéniture scrofuleuse.

Cette origine de la scrofule est plus commune qu'on ne pense; elle existe dans une proportion presque égale au nombre des sujets scrofuleux guéris par les évolutions salutaires de la puberté. Ces guérisons spontanées, qui surviennent au printemps de la vie, ne subsistent guère qu'au bénéfice de l'individu et ne lui donnent que rarement la faculté d'engendrer une belle race (chapitre III, art. V). Dans les cas les plus heureux, dans ceux où l'on pourrait croire à une solution complète des maladies antérieures à la puberté, il peut y avoir encore transmission héréditaire de la scrofule; ce n'est qu'après plusieurs générations et des alliances heureuses que le génie scrofuleux cesse de se perpétuer dans les familles.

En général, les parents gardent le silence sur les antécédents que je viens de signaler, et ce silence est une cause d'erreur relativement à l'origine de beaucoup de maladies scrofuleuses. On cherche des causes occasionnelles là où il n'y en a point, et où la maladie a son principe dans la santé de l'un des parents ascendants.

Je vais présenter quelques exemples pour servir de guide dans l'investigation des faits de ce genre.

J'ai donné des soins à une demoiselle âgée de treize ans qui, depuis sa quatrième année, était ophthalmique et tuberculeuse au plus haut degré. Le père et la mère jouissaient d'une bonne santé. La mère était d'un physique agréable, qui ne laissait naître d'abord aucun doute sur sa santé antérieure.

Au premier examen, je n'appris donc rien des causes de la maladie. La jeune malade jouissait de toutes les commodités de la vie, par conséquent point de causes dans les agents extérieurs; le père et la mère étaient tous deux jeunes et bien portants quand leur fille était née, par conséquent point de cause héréditaire apparente; de sorte que c'était une

maladie fort grave qui n'avait de causes d'aucune espèce.

Plus tard, j'appris de la mère elle-même qu'elle avait eu une enfance très-maladive; que son développement avait été très-laborieux, très-retardé; qu'elle n'avait été réglée qu'à dix-neuf ans, et qu'elle n'avait pas causé peu de surprise à sa famille d'avoir acquis la bonne santé dont elle jouissait depuis son mariage.

Cette dame a eu quatre enfants : l'un est la jeune fille tuberculeuse à laquelle j'ai donné mes soins; les trois autres sont tous trois faiblement organisés.

Le fait que je viens de citer est le premier de cette espèce que j'ai reconnu : c'était au mois d'avril 1830; j'en ai rencontré depuis plusieurs autres exemples; j'en rapporterai trois à la suite desquels je me livrerai à quelques considérations sur l'hérédité.

J'ai été consulté, à la même époque, pour une tumeur blanche fistuleuse de l'épaule gauche que portait un lycéen de treize ans, dont les parents, jeunes et d'assez bonne santé, jouissaient d'une position des plus heureuses; de sorte que, dans ce cas encore, il n'y avait ni hérédité ni causes extérieures; mais en étudiant mieux les antécédents, nous avons dû rapporter ce cas particulier à l'espèce d'hérédité dont nous nous occupons.

La grand'mère du côté paternel est morte tuberculeuse-pulmonaire. Le père, de constitution faible, âgé de quarante-huit ans, jouissait présentement d'une assez bonne santé; mais son enfance avait été maladive; il avait été atteint de coqueluches rebelles, de bronchites, de fièvres éruptives de mauvaise nature; à l'âge de puberté, on croyait qu'il succomberait à la phthisie tuberculeuse comme sa mère, à cause de la fréquence des rhumes qu'il éprouvait alors; mais cet âge qui aurait pu être, effectivement, un âge d'invasion tuberculeuse du poumon, a été, au contraire, une époque critique depuis laquelle sa santé s'est généralement soutenue sans jamais acquérir, néanmoins, beaucoup de force, quoique, de bonne heure, la vie ait été réglée de la manière la mieux entendue.

Voici un troisième exemple qui n'offre pas moins d'intérêt que les précédents : j'ai traité, il y a une quinzaine d'années, une demoiselle de seize ans de tumeurs tuberculeuses ulcérées de chaque côté du cou : elle avait une sœur, âgée de vingt et un ans, qui était tuberculeuse-pulmonaire avec hypertrophie du cœur et déviation de la taille, et qui, soit dit en passant, n'était pas regardée comme scrofuleuse.

Lorsque la mère me consulta pour l'une de ses filles, elle était alors elle-même assez bien portante; mais comme elle offrait le *facies amabilis phthisicorum*, je fus aussitôt sur la voie des questions de cause que j'avais à lui adresser. Voici donc les antécédents : le père de cette dame est mort de tubercules pulmonaires; elle a perdu un frère, à vingt-huit ans, de cette maladie; elle en a été menacée plusieurs fois dans sa jeunesse; elle a eu une fièvre de croissance, c'est-à-dire que son développement a été fort laborieux depuis l'âge de neuf ans jusqu'à dix-sept, qu'elle a été réglée après bien des difficultés.

Aujourd'hui l'âge critique arrive hâtivement à quarante-deux ans, et avec lui coïncident des rhumes qui se succèdent sans cesse; l'embonpoint et les forces diminuent avec rapidité. Il y a recrudescence évidente des tubercules pulmonaires à l'occasion de l'âge critique. Je dis recrudescence, car les rhumes actuels sont de même nature que ceux qui ont tourmenté l'adolescence de cette dame et qu'elle a transmis à sa postérité dans le temps même où elle en éprouvait une rémission profonde qu'on a pu regarder, par erreur, comme une guérison complète.

Quoique ces idées soient surabondamment exposées dans les trois exemples qui précèdent, je citerai encore le suivant, le plus curieux de cette espèce que j'aie observé. C'est un fait dans lequel il y a eu terminaison spontanée de la scrofule à l'âge de puberté, passage à un état de santé des plus robustes, et, néanmoins, progéniture scrofuleuse.

Au mois d'octobre 1834, j'ai commencé le traitement d'une demoiselle âgée de dix ans qui était affectée de caries profondes des os du carpe et du métacarpe des deux mains; de tumeur blanche fistuleuse du coude gauche et de nécrose du tibia droit. Cette jeune personne avait ses secondes dents qui étaient fort mauvaises; elle était émaciée au plus haut degré et ne prenait que fort peu d'aliments, faute d'appétit; le bras et l'avant-bras au-dessus et au-dessous de la tumeur blanche du coude n'étaient guère plus gros que le doigt indicateur d'un adulte.

Le père de cette enfant est un homme grand, très-fortement constitué, très-viril à cinquante ans, ayant mené une vie des plus actives, des plus laborieuses, sans se ménager sous aucun rapport.

Quoique sa femme fût d'une constitution beaucoup moins forte, ce fut, néanmoins, par lui que je commençai mes investigations de cause, parce qu'il avait les cils rares, surtout ceux de la paupière inférieure, et qu'il clignotait des yeux comme le font les personnes qui ont eu des ophthalmies rebelles dans leur enfance; il en avait eu effectivement pendant plusieurs années, et n'en avait été guéri qu'à la suite d'un abcès tuberculeux qui lui survint au côté droit du cou, à l'âge de quinze ans, et qui resta ouvert pendant cinq à six mois. Vers l'âge de vingt ans, la santé prit le plus bel essor, et cet homme devint capable de supporter les plus grandes fatigues corporelles.

Par la suite, ses maladies n'ont été cependant que des rhumes qui sont devenus toujours plus fréquents et plus intenses, et qui ont souvent duré tout l'hiver. Il y a même quelques années qu'il maigrit beaucoup à la suite d'un de ces rhumes, et qu'il fut regardé comme tuberculeux. Je suis fort éloigné de penser que l'on se soit trompé, et voici pourquoi:

Parce qu'il a eu un frère atteint de carie des os du pied chez lequel cette affection a guéri, à quinze ans, après avoir duré pendant plusieurs années, et qui est mort de tubercules pulmonaires, à quarante-deux ans;

Parce qu'il a perdu une sœur de la même maladie à l'âge de quarante-cinq ans;

Parce qu'ils ont été dix-neuf enfants; qu'il en est mort treize en bas âge, non compris les deux dont je viens de parler.

Remarquons d'abord la nature similaire des ophthalmies et des caries que les deux frères ont éprouvées dans leur enfance, et qui ont fini chez tous les deux à l'âge de quinze ans ; la mort de l'un à quarante-deux ans de tubercules du poumon ; le second menacé de la même fin, si l'on considère que toutes ses maladies ont été des rhumes depuis qu'il n'a plus d'ophthalmies.

Reprenons l'histoire de la famille de ce dernier. Nous avons parlé de la jeune fille qui a eu le système osseux presque généralement affecté de scrofule, et dont elle n'a guéri que par quatre traitements faits, quatre ans de suite, pendant le printemps et l'été.

Elle a une sœur plus âgée qu'elle de dix-huit mois, qui est gaie, vive, intelligente, bien développée pour son âge, maïs qui a des orgelets sur les paupières et souvent des ophthalmies, une petite tumeur tuberculeuse dans la région sous-maxillaire droite et de mauvaises dents.

Outre ces deux enfants scrofuleux, le père en a eu deux autres, un garçon et une fille, qu'il a perdus peu de temps après leur naissance.

Voilà donc un homme qui a présenté dans son enfance des signes de scrofule qui ont disparu, spontanément, à l'âge de puberté. Non-seulement il paraît guéri, mais il acquiert une force physique plus qu'ordinaire. Voyez néanmoins sa postérité : elle est de quatre enfants dont deux meurent en bas âge, et les deux qu'il a conservés sont tous deux scrofuleux, etc. Aucun de ces enfants n'a encore atteint l'âge de puberté. Peut-être cette époque sera-t-elle critique pour eux, comme elle l'a été chez le père et chez un oncle paternel.

Remarquons aussi la fin particulière dont le père est menacé. Il a été tuberculeux à quinze ans, et cette prédisposition n'a jamais été tout à fait éteinte chez lui, car il a toujours été sujet à des rhumes de longue durée, et plusieurs praticiens l'ont déjà regardé comme tuberculeux-pulmonaire, il y a quelques années.

Je ne connais aucun autre fait qui prouve autant que celui-ci à quel point le tempérament de naissance reste radicalement le même, quelques améliorations qu'il puisse éprouver par l'influence salutaire de la puberté, et à quel point nous perpétuons notre race selon la santé que nous avions en naissant.

L'objet particulier de cet article (ainsi que l'indique son titre) est d'introduire ces idées générales dans la science ; nous avons voulu établir que la reproduction de la scrofule peut avoir lieu par la voie de la génération, lors même que les parents semblent être guéris des maladies scrofuleuses dont ils ont souffert dans leur enfance, et nous pensons que toutes ces idées découlent naturellement des faits dont nous venons de nous occuper.

Nous pouvons ajouter qu'elles découlent implicitement d'un autre ordre de faits, de ceux où l'on voit des tuberculeux qu'on a crus guéris, mourir néanmoins de tubercules, à une époque plus ou moins éloignée de celle de leur guérison apparente.

Beaucoup de praticiens ont vu comme nous (ce qui arrive quelquefois) la phthisie tuberculeuse, menaçante à l'âge de puberté, amendée par le traitement, rester cachée pendant plusieurs années, pour reparaître soit à l'âge critique, soit avant cette époque, d'une manière spontanée, ou à l'occasion de quelque influence extérieure, telle que des écarts de régime, des chagrins, etc. La même chose arrive pour les maladies scrofuleuses en général.

Je ne présume point qu'aucun praticien estime que, dans les cas de cette espèce, il y ait eu d'abord guérison complète, et, par la suite, rénovation de la maladie par des causes extérieures. Il n'y a eu dans l'intervalle qu'un mieux soutenu ; ce sont les bons éléments d'organisation qui ont dominé la prédisposition morbifique jusqu'à ce que celle-ci ait repris le dessus, soit spontanément, soit par quelque cause occasionnelle, ou par le seul progrès des années, qui affaiblit toujours la constitution.

Cela est si vrai, que la plupart des personnes qui se trouvent dans ce cas sont sujettes à des maladies spéciales : elles s'enrhument facilement ; elles ont des maux de gorge, de fausses fluxions de poitrine, elles manquent d'énergie ; elles sont assujetties à un régime particulier et très-tempérant ; elles ont besoin de modérer leurs passions, et ne manquent jamais d'avertissements sinistres s'il leur arrive de leur donner trop d'essor. Quel que soit enfin le mieux-être qu'elles acquièrent par un bon régime de vie, elles finissent, le plus ordinairement, par succomber à la phthisie tuberculeuse-pulmonaire.

C'est précisément cette prédisposition congéniale, ce tempérament originaire, modifié, amendé par le traitement, mais non pas régénéré, quelque favorables que puissent être les apparences, qui est transmissible aux enfants, comme nous venons de le voir dans plusieurs familles, et comme on peut en observer tous les jours de nouveaux exemples. La survivance de cette fatale prédisposition aux maladies scrofuleuses n'est donc pas contestable. Elle est trop clairement exprimée dans les faits que nous avons rapportés pour souffrir aucune controverse raisonnable.

Voyez la mère de ces deux jeunes filles qui font le sujet de la troisième observation. On la croyait guérie ; elle-même avait oublié les maladies de son enfance ; à peine a-t-elle compris l'intérêt que je mettais à les connaître ; nous avons vu pourtant survenir chez elle, à quarante-deux ans, les premiers symptômes de la recrudescence des maladies de la puberté.

Ces symptômes ont eu leur marche ordinaire, et cette dame a succombé, au bout de trois ans, aux progrès de la phthisie tuberculeuse du poumon. Sa fille aînée, celle dont elle ne m'a parlé qu'occasionnellement, l'avait précédée de dix-huit mois, et la plus jeune, ma malade, a eu la même fin, peu de temps après avoir perdu sa mère.

Dans l'observation sur laquelle nous venons de faire quelques réflexions, la mère offrait certains signes de la complexion scrofuleuse, puisqu'au premier examen ce fut dans sa santé que je cherchai les causes de la maladie de ses enfants.

Dans la quatrième observation, je vis de même, au premier aperçu, que c'était par le père que je devais commencer la recherche des causes héréditaires ; mais qu'on me permette de faire remarquer l'expérience particulière qu'il fallait avoir de ce genre de diagnostic, pour reconnaître des signes de la com-

plexion scrofuleuse chez un homme fortement constitué, et auquel son passé donnait même une certaine vanité de santé.

Mais son bien-être actuel, celui dont il avait joui depuis l'âge de vingt ans, les fatigues de toute espèce qu'il avait été capable de supporter, n'ont pas empêché qu'il n'ait eu des enfants scrofuleux, comme il l'avait été lui-même dans sa jeunesse.

Ajoutons qu'il est menacé de finir par la tuberculisation des poumons, comme cela a eu lieu dans le cas précédent; car, nous l'avons déjà dit, il a été tuberculeux dans sa jeunesse: il a eu plusieurs rhumes opiniâtres, dont quelques-uns ont été accompagnés de diminution des forces et de l'embonpoint; il a perdu un frère à l'âge de quarante-deux ans; une sœur, à quarante-cinq, de tubercules pulmonaires, et treize autres frères ou sœurs qui sont morts en bas âge.

Art. IV. — *Des parents qui ne paraissent pas être scrofuleux, mais qui ont des frères et sœurs qui le sont, ont très-souvent, eux mêmes, une postérité scrofuleuse.*

Lorsque la scrofule existe dans une famille, elle n'en atteint pas tous les enfants au même degré; ses caractères extérieurs, très-prononcés sur le plus grand nombre, peuvent l'être beaucoup moins, ou même manquer sur quelques-uns.

Quand un homme ne paraît pas scrofuleux, ses frères et sœurs l'étant, il est certain qu'il jouit d'un état de santé relativement meilleur; de bonnes règles d'hygiène peuvent fortifier encore davantage sa santé et le rendre propre à engendrer des enfants sains. Mais, dans les cas de ce genre, les plus avantageux que l'on puisse observer, il est néanmoins à craindre que les enfants soient scrofuleux; ce phénomène est même trop commun pour être seulement indiqué; nous lui devons un examen particulier à cause de sa fréquence, et parce que nous avons pris à tâche d'étudier l'hérédité sous tous ses rapports.

Nous ferons cependant observer qu'un homme qui paraît être exempt de scrofule, quand ses frères et sœurs sont atteints de cette maladie, jouit rarement d'une bonne santé; l'apparence n'est même pas trompeuse; il y a ordinairement certains signes extérieurs qui mettent sur la voie du diagnostic; les individus offrent quelques-uns des signes de la complexion scrofuleuse et quelquefois des signes plus positifs de scrofule, qui passent inaperçus parce qu'ils sont peu prononcés.

Cet état particulier de santé serait mieux apprécié si les praticiens avaient une plus grande habitude d'étudier les maladies de famille; mais on ne s'en enquiert pas le plus souvent, et faute de ce renseignement, on considère cet état incomplet d'organisation comme un état normal de santé qui ne diffère d'un meilleur que du plus au moins, mais, d'ailleurs, comme étranger à la scrofule. Les individus qui le présentent sont cependant scrofuleux comme les autres membres de leur famille; ils le sont moins seulement que ces derniers; mais on ne peut nier que la plupart ne le soient, puisque beaucoup d'entre eux engendrent des enfants qui le sont.

Les deux frères Boule, tous deux tuberculeux et atteints de tumeur blanche, nous dirent que leurs père et mère jouissaient d'une bonne santé; et plus tard nous apprîmes qu'une sœur de leur mère était morte tuberculeuse pulmonaire, et qu'un de ses enfants avait été malade scrofuleux à l'hôpital Saint-Louis.

J'ai été consulté pour une jeune fille de quatre ans et demi qui avait des abcès froids dans la fosse sus-épineuse droite et sur l'extrémité acromiale de la clavicule du même côté; les os propres du nez étaient hypertrophiés depuis deux mois. La mère de cette enfant paraissait jouir d'une bonne santé, mais elle avait une sœur rachitique, mère de deux filles qui l'étaient également.

Un habitant de la Manche m'a amené sa fille âgée de onze ans, scrofuleuse depuis sa plus tendre enfance par des ophthalmies, des coryzas, des pustules aux commissures des lèvres; l'hypertrophie du tissu cellulaire; le ventre gros; un arrêt très-marqué de développement; une carie profonde et presque générale des os du tarse et du métatarse du pied gauche.

Le père et la mère de cette jeune malade ne sont point scrofuleux; mais le père à eu un frère qui est mort jeune de carie du sacrum et d'abcès froids.

Le nommé Servit était père de six enfants scrofuleux, desquels nous en avons eu deux en même temps dans notre hôpital. Cet homme ne paraissait pas être scrofuleux, mais il avait deux sœurs qui l'étaient profondément. Il était d'ailleurs d'une santé précaire: la scrofule se traduisait chez lui par un état général de mal-être sans phénomènes locaux particuliers à aucune maladie de ce genre.

Oudin, le scrofuleux, était bègue; son père ne l'était pas, mais il avait deux oncles paternels qui l'étaient.

J'ai donné des soins à un collégien de dix-sept ans qui avait des tumeurs tuberculeuses au cou, plus volumineuses du côté droit que du côté gauche: il avait perdu deux frères et une sœur en bas-âge; son père était mort tuberculeux-pulmonaire à trente-sept ans; cet enfant avait un oncle paternel qui paraissait être bien portant, et qui, néanmoins, n'avait qu'un fils qui était rachitique et de petite taille.

Au mois de février 1832, une mère de famille nous présenta à la consultation de l'hôpital Saint-Louis un garçon atteint de plusieurs tumeurs blanches. Cette femme avait eu sept enfants, et n'avait plus que celui pour lequel elle me demandait des conseils. Le père, âgé de trente-deux ans, passait pour être seulement d'une santé délicate; mais il avait perdu un frère, âgé de trente-cinq ans, de carie scrofuleuse des côtes.

Le nommé Solignat, âgé de seize ans et demi, était fils unique d'une mère qui avait eu quatre ou cinq fausses couches. Cette femme ne paraissait pas être scrofuleuse, quoiqu'elle eût perdu douze frères et sœurs, et qu'il ne lui restât qu'un frère qui n'était pas vigoureux.

Les parents de cette femme avaient donc perdu douze enfants sur quatorze, et celle-ci perdait les siens avant qu'ils eussent vu le jour, et n'en avait amené qu'un seul à terme qui était scrofuleux. Qui pourrait dire que cette femme n'était point scrofu-

leuse, quand on considère la mortalité qui a régné dans sa famille, et l'impuissance de création dont elle était frappée? Elle passait pourtant pour ne l'être pas.

Au mois de décembre 1836, un homme brun, assez fortement constitué, conduisit à la consultation de l'hôpital Saint-Louis un de ses enfants profondément scrofuleux. Cet homme nous dit que sa femme jouissait comme lui d'une bonne santé. Je fis remarquer aux élèves que cet enfant était trop malade pour être né de père et mère bien portants, et que malgré la déclaration du père, relativement à la santé de sa femme, je persistais à regarder celle-ci comme la cause de la maladie que nous avions sous les yeux; c'est pourquoi j'engageai cet homme à nous amener sa femme lorsqu'il viendrait nous consulter de nouveau. Les observations qu'il m'entendait faire aux élèves le mirent sur la voie, et il nous dit que sa femme paraissait effectivement jouir d'une assez bonne santé, mais qu'elle avait des frères et des sœurs qui se mouraient de la poitrine.

Nous n'avons pas vu cette femme, probablement à cause que son enfant sera mort peu de temps après qu'on nous l'a présenté; mais je garantis, sans l'avoir vue, qu'elle est tuberculeuse, et que c'est par elle que son mari a des enfants scrofuleux. Elle mourrait de tubercules longtemps après que ses enfants seront morts scrofuleux, qu'il n'y aurait pas à s'en étonner, car les auteurs ont déjà fait des observations semblables, et j'en ai recueilli aussi que je donnerai dans un des articles suivants (chapitre III, art. III).

Dans le cas précédent, nous avons rapporté l'origine de la scrofule au côté maternel de la famille, le père étant d'une bonne santé, et la mère ayant des frères et sœurs tuberculeux-pulmonaires. J'ai porté le même diagnostic dans l'exemple suivant, quoique, au premier examen, on eût pu rechercher l'origine de la scrofule du côté paternel.

J'ai connu une demoiselle de quinze ans dont la taille était déviée et qui est morte tuberculeuse. Le père de cette enfant vivait dans un état habituel de débilité, par suite de travaux de cabinet; il était, en outre, d'une constitution peu forte; il avait la peau blanche, les cheveux très-blonds, la tête d'un gros volume, et sa taille était à peine de cinq pieds.

La mère, qui était très-blonde, très-blanche, avait d'ailleurs la taille fort droite et jouissait d'une assez belle santé.

Je n'ignore point que les hommes de cabinet, que ceux-là surtout qui sont débilités par des excès de travail intellectuel et par la vie casanière que ces sortes d'excès occasionnent, sont peu propres à engendrer des enfants vigoureux. Il doit en être ainsi, à plus forte raison, quand ils ont une santé originairement peu robuste. Quoique, dans ce cas, le père offrît toutes ces conditions réunies, je n'y trouvais pas encore la raison suffisante du rachitisme et des tubercules dont sa fille était atteinte à un haut degré.

Il est, en effet, plus probable que c'était la mère qui avait transmis à son enfant le germe du ramollissement des os et celui des tubercules, car elle avait une sœur aînée qui n'avait pas quatre pieds de taille, qui était bossue par devant et par derrière, et qui est morte depuis, à l'âge critique, de tubercules pulmonaires.

On m'a consulté, cette année, pour une demoiselle âgée de quinze ans, dont l'enfance a été maladive, et qui est affectée d'une hypertrophie indurée de la lèvre supérieure, sur laquelle se forment quelquefois des pustules de mélitagre.

Ni le père ni la mère de cette jeune personne ne sont tuberculeux, mais le père a perdu une sœur de tubercules pulmonaires, en six semaines. Il a une autre sœur dont la poitrine a déjà donné des inquiétudes, et qui, en outre, a sur le nez des pustules d'esthiomène qu'on a regardées comme des suites d'un rhume de cerveau. Dans ce cas, l'hypertrophie indurée de la lèvre supérieure est un signe à peu près certain de la prédisposition tuberculeuse.

Une demoiselle de Château-Thierry, âgée de vingt ans, avait des tubercules cervicaux, des abcès froids au-dessus des malléoles internes, et un abcès de même nature sur la face dorsale du poignet droit. Le père de cette demoiselle était âgé de quarante-huit ans; sa mère en avait quarante-deux; l'un et l'autre paraissaient jouir d'une assez bonne santé; leur âge était proportionné; ils étaient jeunes tous deux à la naissance de leur fille.

Le père était né d'une mère qui avait eu dans sa jeunesse des tubercules cervicaux ulcérés. Il avait une sœur qui était scrofuleuse, et dont les enfants étaient chétifs, arrêtés dans leur développement physique et intellectuel; l'un d'eux était même idiot.

Voilà une mère scrofuleuse qui a deux enfants : une fille scrofuleuse qui n'a qu'une postérité faible, avortée, ce qui se conçoit tout d'abord. Elle a un fils qui paraît jouir d'une bonne santé, chez lequel on n'observe aucun signe ordinaire de scrofule, et qui transmet, néanmoins, à sa fille une maladie dont il paraissait n'avoir pas hérité de sa mère. Dans ce fait, l'hérédité est pour nous évidente; ce fait est pourtant un de ceux à l'occasion desquels on s'égare à la recherche de causes extérieures occasionnelles qui n'existent point, et que l'on admet d'après l'examen le plus superficiel. Ajoutons que, dans ce cas, la position de la malade ne comportait aucune influence extérieure de la nature de celles que l'on regarde comme productrices de la scrofule.

Le nommé Thery, âgé de dix-huit ans, était d'une famille de dix enfants, dont sept étaient morts; il était, lui, scrofuleux au plus haut degré. Il nous parla d'un de ses frères âgé de treize ans qui avait été noué et bancal depuis l'âge de quatre ans jusqu'à sept. Il en avait un de sept ans qui n'offrait rien à noter.

Pense-t-on que si ce dernier enfant se développe sans devenir scrofuleux, comme on l'entend généralement, quoiqu'il ait déjà perdu sept frères ou sœurs, et qu'il en ait deux autres atteints de scrofule; pense-t-on, dis-je, qu'il soit lui-même tout à fait étranger au tempérament pathologique de sa famille et qu'il sera jamais dans des conditions suffisantes pour avoir une belle postérité?

C'est pourtant ce que l'on espère encore tous les jours dans des cas de ce genre, quoique de semblables illusions soient détruites par l'expérience,

comme on peut, au reste, s'en convaincre par les exemples que nous venons de rapporter et qu'il n'est pas nécessaire de multiplier davantage, les praticiens pouvant observer très-fréquemment des faits pareils, car ils sont fort communs.

SECTION SECONDE. — *De la santé acquise des parents qui engendrent des enfants scrofuleux.*

Les causes d'hérédité que nous avons étudiées dans la section première de ce chapitre sont transmises par des parents qui en ont eux-mêmes hérité. Les maladies scrofuleuses ainsi engendrées par elles-mêmes peuvent remonter à plusieurs générations, qui, livrées à une inexorable fatalité, sont moissonnées jusqu'à l'extinction complète de la race.

Nous passons à un autre ordre de causes héréditaires. Nous allons voir l'homme originairement bien constitué, acquérir certains états de santé qu'il transmet à ses enfants sous quelques-unes des formes de la scrofule, en sorte qu'il devient l'origine, la souche d'une famille scrofuleuse qui commence à lui et qui accuse son imprévoyance.

Ces états de santé sont tous ceux dans lesquels la faculté de reproduction est affaiblie ou dégradée; ils peuvent se développer par suite de maladies accidentelles, par le progrès de l'âge, ou par quelque autre cause physiologique.

Ainsi des parents syphilitiques, ceux qui abusent des plaisirs vénériens, ceux qui se marient trop jeunes ou qui ne renoncent que trop tard au célibat; ceux dont l'âge est disproportionné, ou dont la force relative n'est pas à l'état normal des sexes, etc., ont tous cela de commun d'être dans des conditions défavorables à la reproduction de l'espèce, et de n'avoir que la triste faculté d'engendrer des enfants scrofuleux.

Ces observations générales peuvent servir de réponse aux personnes qui, ne reconnaissant point toute la portée des causes héréditaires, nous ont quelquefois demandé, insidieusement, de qui le premier homme qui a été scrofuleux tenait sa maladie. La réponse à cette question est bien simple : il la tenait de l'un de ses parents qui était dans un ou plusieurs des états accidentels de santé que nous venons d'énumérer.

Nous décrirons particulièrement ces divers états de santé ; mais nous ne saurions donner la nomenclature de tous ceux qui peuvent survenir chez un homme originairement bien constitué et dégrader sa postérité. La génération doit souffrir des atteintes profondes dans une foule de conditions de la vie privée, qui ne sont pas toujours sujettes à notre observation. Nous traiterons de ces diverses conditions dans un chapitre sur l'hérédité, dans lequel nous ferons voir que les causes héréditaires nous échappent dans beaucoup de cas où cependant leur existence peut encore être démontrée par la généralité de la maladie et la mortalité qu'elle occasionne dans la famille, et, à défaut de ces deux caractères, par voie d'exclusion.

ART. I. — *Des parents syphilitiques engendrent fréquemment des enfants scrofuleux.*

Au nombre des états divers de santé que les parents peuvent acquérir et transmettre à leurs enfants sous quelqu'une des formes de la scrofule, nous rangerons, en premier lieu, l'état syphilitique, parce qu'il est une des causes les plus communes de scrofule héréditaire.

Plusieurs maladies scrofuleuses ont une grande ressemblance avec des maladies syphilitiques. C'est surtout d'après cette ressemblance extérieure que les observateurs ont été mis sur la voie des relations de parenté que ces deux maladies peuvent avoir; car il est généralement fort difficile, et souvent impossible, d'établir leur filiation héréditaire sur des faits particuliers bien avérés : un malade peut savoir que son père a été affecté de tubercules, de la goutte, de la gravelle, de rhumatisme, etc.; mais il ignore le plus souvent si l'un de ses parents ascendants a eu des maladies vénériennes. Quelquefois cependant les parents eux-mêmes nous font des aveux secrets, nous confient des chagrins domestiques dont la cause indique l'origine syphilitique de la scrofule qui moissonne certaines familles. J'ai connu des enfants scrofuleux dont les parents ont été syphilitiques ou l'étaient même à l'époque où leurs enfants ont été conçus. J'ai à cet égard une certitude morale qui équivaut presque à une certitude absolue.

Nous avons eu à l'hôpital Saint-Louis le nommé Guillon, malade scrofuleux, atteint de tubercules et de caries ; il était né d'un père qui avait été plusieurs fois syphilitique, et qui avait de fréquents maux de gorge.

Le jeune Dasailly avait une exostose scrofuleuse du tibia gauche, et sa mère offrait la même espèce de maladie occupant le même siége.

Dans un autre cas, nous avons vu, à la consultation de l'hôpital, un enfant de dix ans scrofuleux-tuberculeux : sa mère nous avoua qu'elle avait eu des symptômes primitifs de syphilis, et qu'elle était présentement affectée d'exostoses et d'ulcères vénériens.

L'origine syphilitique de la scrofule est encore plus marquée dans l'exemple suivant : c'est celui d'une famille de trois enfants dont les deux aînés étaient bien portants et le troisième scrofuleux. Celui-ci avait dix-huit ans, et n'était pas plus développé qu'un enfant de douze ans, son accroissement ayant été retardé par la scrofule.

La différence qui existait entre la santé de notre malade et celle de son frère et de sa sœur est très-digne de remarque : le père de ces trois enfants en avait eu deux sains et vigoureux lorsqu'il menait une vie régulière et qu'il jouissait d'une bonne santé; mais quelques années plus tard il contracta des habitudes de désordre ; c'est alors qu'épuisé et syphilitique, ayant aussi infecté la santé de sa femme, il eut un troisième enfant, qui naquit scrofuleux, et dont la vie n'a été qu'une succession de souffrances non interrompues, auxquelles il a succombé, à l'âge de dix-huit ans, dans le dernier degré de marasme.

Quoique les rapports de cause entre la syphilis et la scrofule soient très-communs, Astruc leur a néanmoins donné une trop grande extension quand il a

avancé qu'on doit regarder comme née de la syphilis dégénérée la scrofule qui survient chez des enfants dont aucun des parents ascendants n'est écrouelleux ni rachitique; car, selon cette proposition, la scrofule ne naîtrait que d'elle-même ou de la maladie vénérienne; proposition évidemment erronée, comme nous le verrons plus bas, en étudiant les autres sources, encore assez nombreuses, d'où la scrofule peut provenir.

La doctrine de l'illustre professeur du Collége de France a été cependant adoptée et même étendue par les praticiens les plus célèbres de la seconde moitié du dernier siècle, qui regardaient trop souvent la scrofule comme issue de la syphilis, et qui traitaient ces deux maladies à peu près de même par des préparations mercurielles.

Cette pratique est recommandée par Portal, qui rapporte à l'appui l'histoire d'une sorte d'épidémie scrofuleuse qui régna à Montmorency parmi les enfants qui étaient en nourrice dans ce pays. Le mal y devint si grand que le gouvernement y envoya deux membres de l'Académie des sciences, Morand et Lassonne, pour en trouver la cause et le remède. Les commissaires de cette compagnie savante reconnurent que les nourrices de ce pays étaient pour la plupart syphilitiques.

D'après ce diagnostic, ils furent d'avis de traiter les nourrices par les mercuriaux, en leur laissant leurs nourrissons. Parmi ces derniers, il ne mourut que ceux chez lesquels la maladie avait fait trop de progrès.

Cet exemple ne me paraît pas prouver, comme on l'a cru, l'origine syphilitique de la scrofule; je doute que ces enfants qu'on a guéris en faisant suivre un traitement mercuriel à leurs nourrices fussent réellement scrofuleux : ils n'étaient que syphilitiques comme leurs nourrices.

Nous avons souvent occasion d'observer des cas d'infection de ce genre à la consultation de l'hôpital Saint-Louis; je les regarde tous comme syphilitiques et non pas comme scrofuleux. Lorsqu'une nourrice est affectée de maladie vénérienne, elle la communique ordinairement à son nourrisson en quelques semaines : aussi rien n'est plus ordinaire que de voir la nourrice et son nourrisson affectés ensemble de syphilis. Dans ces cas, nous suivons l'exemple donné par Morand et Lassonne : nous traitons la nourrice par les préparations mercurielles, en lui laissant son nourrisson, et ce traitement guérit les deux malades ensemble.

Pour la scrofule, cette infection n'a jamais lieu d'une manière aussi rapide; une nourrice scrofuleuse ne rend pas son nourrisson actuellement scrofuleux; elle ne lui inocule que la prédisposition, qui se développe plus tard. (Appendice aux causes héréditaires de la scrofule par la nourrice.)

Une erreur de diagnostic comme celle que je viens de signaler se conçoit facilement en voyant la ressemblance des ulcères, des ophthalmies, des exostoses, des caries, des tumeurs blanches, etc., produits par la scrofule avec les mêmes maladies occasionnées par la syphilis.

Cette ressemblance est si forte dans certains cas, qu'on ne peut prononcer avant d'avoir consulté les antécédents, et qu'on reste encore quelquefois dans le doute après les avoir consultés. Le meilleur moyen de diagnostic dans ces occasions est le traitement, qui guérit toujours plus vite ou plus radicalement dans la syphilis que dans la scrofule.

Cette communauté des signes extérieurs de ces deux maladies a souvent son principe dans l'origine syphilitique des maladies scrofuleuses.

Mais quelle que puisse être la ressemblance de plusieurs symptômes de ces deux maladies, elles sont néanmoins bien distinctes : la syphilis est contagieuse; la scrofule ne l'est point : la scrofule peut naître de la syphilis; celle-ci ne naît jamais de la scrofule : l'homme le mieux portant peut devenir syphilitique en quelques instants, et être guéri en quelques semaines, au lieu que la scrofule est ordinairement le signe d'une prédisposition organique à laquelle on ne peut remédier que par un traitement qui est toujours de longue durée.

Indépendamment de ces différences, qui sont essentielles, fondamentales, il y a beaucoup d'autres raisons qui ne permettent pas d'admettre la génération exclusive de la scrofule par la syphilis, alors que la scrofule n'existe point dans la famille.

Non-seulement la présomption de cette espèce d'hérédité manque souvent, mais encore il est des cas dans lesquels elle ne saurait avoir lieu.

Bordeu a même fait à cet égard une remarque générale qui doit ici trouver sa place, savoir : que la scrofule existait dans des localités où la maladie vénérienne était fort rare, et dans plusieurs autres où elle était encore inconnue du temps de cet ingénieux physiologiste.

Il est encore incontestable que la scrofule est plus ancienne en Europe que la syphilis; il l'est, du moins, qu'elle y était vulgaire dans les temps les plus reculés, tandis que la syphilis ne l'est devenue que depuis son importation par l'armée de Christophe Colomb.

Enfin, à toutes ces comparaisons négatives, il faut ajouter l'histoire même des causes de la scrofule, lesquelles sont nombreuses et peuvent produire cette maladie en l'absence de toute espèce d'affection vénérienne.

Il ne reste plus qu'à savoir si, dans les cas de scrofule transmise par des parents syphilitiques, la condition de cette transmission n'est point un état consécutif, constitutionnel, de la syphilis; si ce n'est pas, en d'autres termes, la cachexie syphilitique qui peut seule donner naissance à la maladie scrofuleuse. Nous avons déjà répondu affirmativement à cette question. La syphilis primitive ne peut engendrer que la syphilis, tandis que la cachexie syphilitique, qui, le plus ordinairement, n'est plus contagieuse par le coït, peut être transmise à l'état scrofuleux, ou même sous forme d'autres espèces pathologiques par la voie de la génération.

Nous aurons occasion de revenir sur l'origine syphilitique de la scrofule lorsque nous traiterons de l'endémie scrofuleuse par importation, et de la manière dont cette endémie a pu naître plus particulièrement en Espagne depuis que la syphilis y est devenue très-commune.

Nous donnerons quelques développements sur le même sujet dans un chapitre où nous aurons à considérer le traitement antiphlogistique de la syphilis

comme cause de scrofule héréditaire, et, par suite, de scrofule endémique.

La scrofule et la syphilis ont plusieurs autres rapports très-intéressants à connaître ; mais, pour nous renfermer dans les limites de cet article, la transmission de la scrofule par des parents ascendants entachés de syphilis, nous passerons actuellement sous silence les autres rapports de ces deux maladies, qui seront mieux à leur place quand nous aurons à traiter des causes pathologiques de la scrofule et du diagnostic comparatif de cette dernière avec la syphilis.

Art. II. — *L'abus des plaisirs vénériens donne naissance à des progénitures scrofuleuses.*

La sécrétion du sperme, comme celle de tous les autres produits de l'économie animale, est soumise à des lois hors desquelles elle est imparfaite et de mauvaise nature.

La liqueur spermatique, sécrétée par les testicules, est conduite dans les vésicules séminales, où elle doit séjourner, pendant un certain temps, pour y achever son élaboration.

Le sperme ainsi élaboré est l'excitant naturel de la copulation, et il en fait naître le besoin ; la copulation est alors virile et puissante, et les enfants qui en proviennent sont vigoureux en raison de la force et de l'âge des parents ascendants.

Mais si l'acte de la copulation commence par des excitations extérieures ; si la liqueur séminale est sécrétée immédiatement avant son éjaculation ; si elle ne fait que traverser les réservoirs dans lesquels elle devrait séjourner, et qu'elle en soit expulsée avant que ses molécules intégrantes se soient unies d'une manière intime et homogène, ce n'est plus alors qu'une semence encore imparfaite, qui n'a point de maturité, qui manque de qualités prolifiques, et dont les rejetons ne peuvent avoir ni force ni durée ; il ne peut en éclore que des embryons entachés d'une faiblesse originaire, qui rend laborieuses et maladives toutes les phases de leur développement.

Les exemples à l'appui de ce que nous avançons ne sont pas rares ; on les observe plus particulièrement dans les hautes classes de la société, où l'abus des plaisirs faciles tue l'avenir des jeunes gens qui s'y livrent avec emportement.

Au mois de décembre 1822, je fus consulté pour une jeune fille de deux ans qui avait dans la region sous-maxillaire gauche un abcès froid, du volume d'une grosse noix. La peau contiguë était d'un rouge-violet, imprégnée de pus et décollée dans une étendue d'un pouce au moins. Cette enfant était fort pâle ; elle avait la bouche très-grande, les dents gâtées et l'haleine fétide, et cette altération précoce du système dentaire me fit présager celle plus profonde du système osseux, qui, en effet, a eu lieu depuis à un très-haut degré.

Peu de temps après, ayant vu cette jeune fille chez ses parents, je ne fus pas peu surpris de voir que le père et la mère jouissaient de toutes les apparences d'une belle santé. Ma surprise ne put que redoubler quand je vis que la famille était nombreuse, et que la sante des autres enfants avait plus ou moins de rapports avec celle de la jeune fille pour laquelle j'étais consulté.

D'où pouvait provenir la scrofule dans une famille nombreuse issue de parents qui offraient les attributs d'une bonne organisation ? Il n'y avait pas à chercher des influences extérieures nuisibles d'aucune espèce dans la position où vivait cette enfant ; il fallait donc que son état, et celui plus ou moins semblable de ses frères et sœurs, fût d'origine héréditaire. Je ne tardai guère à acquérir cette conviction et à trouver la cause générale des hémoptysies, des ophthalmies, du rachitisme, de l'embonpoint scrofuleux, des tubercules pulmonaires, des vers intestinaux, des arrêts de développement au physique et au moral que j'ai observés dans cette famille composée de sept enfants : l'origine de ces nombreuses maladies de même nature était dans les habitudes du père, qui, depuis sa première jeunesse, avait toujours vécu dans l'intempérance dont je parle, et par suite de laquelle il est resté mélancolique, pendant plusieurs années, avant de finir, prématurément, sa carrière à cinquante-deux ans.

J'ai rappelé sommairement cet exemple, parce qu'il est l'analogue de beaucoup d'autres dans lesquels on ne trouve point, au premier examen, de cause héréditaire, et parce qu'il prouve la nécessité d'étudier patiemment les causes des maladies pour arriver à reconnaître celles qui peuvent exister contre les plus fortes apparences.

Art. III. — *Des mariages trop précoces aux deux extrémités de l'échelle sociale sont cause de scrofule héréditaire.*

Dans les classes les plus élevées de la société, les hommes se marient jeunes pour des raisons que nous n'examinerons pas ici. Cet usage, qui est contraire aux lois organiques de l'accroissement du corps, ne peut être par cela même que fort nuisible à la bonne propagation de l'espèce. Il faut que l'homme soit arrivé à une certaine distance de l'âge de puberté pour jouir pleinement du besoin et des moyens d'engendrer des enfants bien constitués ; il faut qu'il ait acquis lui-même toute sa force, tout son développement, pour donner de la force et de bons éléments d'organisation à sa progéniture ; il ne peut guère offrir ces conditions réunies qu'à vingt-cinq ans accomplis ; tous les mariages contractés avant cette époque de la vie doivent être regardés comme trop précoces, et par conséquent sujets à donner une progéniture faible.

Cette loi est la même pour tous les êtres organisés : la première année qu'un arbre porte des fruits, ils sont en petit nombre et de qualité médiocre ; ce n'est que deux ou trois ans plus tard, quand ses racines sont plus profondément implantées en terre, et que son tronc a acquis plus de force, que ses fruits sont abondants, et qu'ils ont le volume et la saveur de leur espèce.

La plupart des animaux ne recherchent la copulation que lorsque leur accroissement est presque achevé ; s'il en est autrement dans l'espèce humaine, c'est que l'homme rapporte à lui-même une faculté qui, chez les animaux, n'est qu'instinctive, et ne se rapporte qu'à la propagation de l'espèce.

Les suites inévitables de ces mariages prématurés sont encore plus à craindre lorsque les hommes qui se marient trop jeunes ont mené, antérieurement, une vie dissipée, et qu'ils ont déjà vécu plus d'un demi-siècle, alors que leur quatrième lustre est à peine accompli. Ces deux causes sont d'autant plus à redouter, qu'elles existent rarement sans une troisième qui leur donne plus d'intensité et une plus mauvaise nature. Je veux parler des maladies spéciales qui sont les suites ordinaires d'une vie déréglée.

C'est à ces causes réunies, et à ce que le croisement des races ne s'opère point sur une base assez large, qu'il faut rapporter une remarque générale qu'on a faite depuis longtemps, savoir : que les grandes familles sont désolées par la scrofule et qu'elles s'éteignent par les progrès héréditaires de cette maladie, principalement en Espagne, en Italie, en Angleterre, en Russie, et probablement parmi les classes privilégiées de tous les pays.

A l'autre extrémité de l'échelle sociale, on voit souvent des mariages précoces pour des raisons bien contraires. Les artisans, dans les villes, se marient trop jeunes, non par des raisons vaniteuses, mais pour la possession d'une femme. Outre qu'ils sont réellement trop jeunes, ils n'ont pas même toujours acquis la force de leur âge ; leur physique est le plus ordinairement retardé parce qu'ils ont mené une vie trop laborieuse, trop dure, et que leur régime alimentaire n'a pas été assez substantiel. Il n'est pas possible que des jeunes gens qui ont vécu dans de pareilles conditions, et qui n'en acquièrent point de meilleures en se mariant, engendrent une progéniture vigoureuse.

J'ai eu à l'hôpital Saint-Louis, en 1829, un enfant de quatorze ans nommé Villeneuve ; il était affecté de tumeur blanche à l'épaule droite, et de tubercules cervicaux du côté gauche. Il avait une sœur âgée de seize ans, d'une haute stature, qui était valétudinaire.

Ces deux enfants étaient nés de parents qui avaient à peine atteint leur vingtième année.

Ils avaient un frère âgé de sept ans et une sœur qui en avait cinq; ces derniers étaient nés leurs parents ayant acquis un âge raisonnable, et ils jouissaient d'une bonne santé.

Les mêmes observations peuvent être faites sur les gens de la campagne. On se trompe généralement sur leur genre d'existence et sur leur constitution ; ils sont loin d'être heureux et de posséder les attributs de force qu'on leur prête d'une manière si large. On peut vanter sur parole le bien-être et la santé vigoureuse dont ils sont censés jouir, mais depuis dix ans que j'habite la campagne plus de la moitié de l'année, j'ai fait des observations si nombreuses, si constamment les mêmes, que je puis assurer, contre l'opinion reçue, que la population des campagnes n'est point d'une belle venue, et qu'elle vieillit avant l'âge. Pourrait-il en être autrement? La nourriture, les vêtements, les habitations, la vie, pour tout dire, sont réduits au plus strict nécessaire. L'alimentation y est trop faible d'un tiers au moins ; les travaux, au contraire, y sont portés chaque jour plus d'un tiers au-delà de la force moyenne d'un homme. Cette disproportion entre le travail et l'alimentation est commune aux gens de la campagne et aux ouvriers de presque toutes les industries qui encombrent les villes manufacturières, ils la subissent dès les premières années de la vie : les enfants travaillent beaucoup trop et ne sont pas assez nourris ; ils ne reçoivent en outre aucune éducation morale. Sous l'influence de ce régime abrutissant de privations et de fatigues corporelles auquel se joignent, trop souvent, de funestes habitudes qui ajoutent encore à leur abrutissement, il est impossible que ces enfants deviennent des hommes robustes et forment de belles populations.

Art. IV. — *De la scrofule par des parents trop âgés.*

Nous venons de voir que la puissance de reproduction manque de vigueur chez les parents trop jeunes, dont l'organisation n'est pas encore assez avancée, assez adulte ; nous verrons dans cet article que des progénitures scrofuleuses naissent encore plus souvent de parents trop âgés ; qu'aussitôt le décrementum commencé, ils ne peuvent plus avoir des enfants forts ; qu'à mesure que le décrementum fait des progrès, ils n'ont plus que des enfants faibles et malades, et que, par la succession naturelle des années, leur fécondité diminue et s'éteint au point qu'ils n'engendrent plus que des embryons abortifs.

Il y a d'ailleurs une différence très-grande à faire entre la faiblesse des organes générateurs qui tient à un âge trop tendre, ou même à des abus prématurés, et celle qui résulte du progrès naturel de l'âge : dans le premier cas, le temps et la tempérance peuvent remédier à cette faiblesse, tandis que dans le second elle est radicale et absolue. Les parents ne peuvent pas donner la force qu'ils n'ont plus et qui est passée sans retour ; leur progéniture doit être faible, et elle l'est effectivement avec des caractères extérieurs si prononcés, si frappants, que tout le monde reconnaît à la première vue des enfants nés de parents trop âgés.

La décroissance des facultés de reproduction commence à quarante-cinq ans environ ; d'abord peu marquée, elle l'est davantage quelques années plus tard. Ainsi la durée des jours commence à diminuer à l'époque du solstice d'été ; mais cette diminution n'est bien sensible qu'à la fin du mois de juillet. La marche de cette décroissance, de cette espèce d'âge de retour que l'homme éprouve, peut être remarquée chez les célibataires qui se marient trop tard, conservant néanmoins encore assez de virilité pour que les premiers enfants soient bien constitués : leur progéniture décroît à mesure qu'elle se multiplie.

C'est à cinquante-deux ans environ que la faculté génératrice de l'homme est déjà trop affaiblie pour donner de bons rejetons ; à cet âge, l'homme n'est plus dans les conditions physiologiques nécessaires pour créer un être dont le premier besoin est de croître, et dont l'accroissement le plus rapide doit avoir lieu immédiatement après sa conception. A cinquante-deux ans, l'homme sage doit d'autant plus s'abstenir, que, d'après son état de santé et

selon la durée moyenne de la vie, il ne peut se promettre de diriger ses enfants dans aucune carrière, et qu'il n'a dans l'avenir que la triste perspective de les léguer mineurs et infirmes à la justice des hommes.

Malheureusement pour eux et pour leur postérité, on ne voit que trop souvent des hommes qui ont longtemps gardé le célibat, y renoncer tardivement pour contracter une alliance d'âge disproportionné : les sollicitudes et les chagrins qu'ils se préparent ne sont à considérer ici que relativement à notre sujet : leur progéniture naît faible et sujette à beaucoup de souffrances jusqu'à sa mort prématurée ; en naissant, leurs enfants meurent, la plupart, des difficultés qu'ils ont à se mettre en rapport avec les agents extérieurs ; dès leur bas âge, ils offrent des signes d'une précocité de mauvais augure, puisqu'elle annonce une vieillesse hâtive, une vie qui n'aura ni jeunesse ni âge adulte, qui s'éteindra sans avoir acquis son développement, faute de bons éléments d'organisation et d'une impulsion native assez énergique.

Les mêmes considérations sont applicables au côté maternel : lorsque la femme approche de l'âge critique, sa fécondité, qui va bientôt cesser, est déjà très-affaiblie, et les fruits qu'elle porte sur son déclin renferment rarement les germes d'une robuste santé et d'une longue vie.

L'âge de retour commence à quarante ans chez la femme, et s'effectue en quelques années ; après cet âge, la fécondité des mères n'est le plus souvent qu'une illusion passagère dont elles ne sont que trop cruellement détrompées ; leurs enfants périssent avant de naître, ou peu de jours après leur naissance, et ceux qu'elles peuvent élever restent toujours entachés d'une faiblesse originaire qui revêt de bonne heure quelques-uns des caractères de la scrofule. J'ai connu des mères, jouissant de tous les attributs d'une bonne constitution, dont toutes les habitudes étaient continentes, et qui n'ont pu cependant se soustraire à cette loi de la génération, qui en exclut les femmes après l'âge de quarante ans. Les observations suivantes que nous allons donner par extraits fournissent la preuve de ce que nous avançons.

Catherine Roth, âgée de dix-sept ans, ayant des tubercules de chaque côté du cou, offrait, en outre, la plupart des signes de la constitution strumeuse : elle était de petite taille ; elle avait le ventre gros, le cou gros et court, la tête trop forte, les angles de la mâchoire inférieure trop écartés, trop saillants, les dents jaunes, gâtées et quatre de moins ; elle avait la peau grasse ; elle éprouvait des lassitudes dans les membres, et surtout dans les reins, par la moindre fatigue ; ses facultés intellectuelles étaient frappées de lenteur et de faiblesse ; cette fille n'offrait aucun signe de nubilité ; elle était née d'une mère âgée de quarante-huit ans, qui, d'ailleurs, se portait bien.

Marguerite Pochon, âgée de dix-neuf ans, était issue d'une mère qui avait atteint sa quarante-sixième année. Son enfance avait été délicate et maladive comme c'est ordinaire aux enfants issus de parents trop âgés, elle avait une tumeur tuberculeuse du volume du poing au côté droit et postérieur du cou, depuis cinq mois environ ; toutes ses dents étaient cariées et les gencives étaient boursoufflées autour des alvéoles ; la menstruation était assez régulière depuis l'âge de quinze ans.

Angélique Freville, âgée de seize ans, portait, de chaque côté du cou, derrière le grand angle de la mâchoire inférieure, des tumeurs tuberculeuses plus grosses à droite qu'à gauche ; leur commencement remontait aux premières années de la vie. Elle avait en outre une ophthalmie double qui existait depuis cinq ans. Cette fille était née d'une mère âgée de quarante-trois ans.

Cette exclusion n'est pas moins prononcée lorsqu'après cet âge la femme est fécondée par un homme plus jeune qu'elle ; peut-être même est-elle encore plus absolue lorsque la disproportion d'âge est très-forte ; par exemple, lorsqu'une femme sur son retour est rendue mère par un jeune homme.

Dans les premiers jours du mois d'octobre 1831, une dame du département de la Marne me présenta un garçon atteint de tumeur blanche de l'épaule droite, percée de cinq fistules profondes par lesquelles il était sorti plusieurs esquilles. Cet enfant était pâle ; il avait les dents fort mauvaises ; il ressemblait beaucoup à la dame qui me consultait pour lui, et qu'à cause de son âge avancé j'avais prise pour sa grand'mère. Elle avait, en effet, cinquante-neuf ans, et je ne pouvais présumer qu'elle fût la mère d'un enfant de onze ans : elle l'avait conçu à quarante-sept ans, son mari n'en ayant que trente-trois.

Cet enfant était le quatrième né d'une alliance pareille, contractée par la mère à quarante-deux ans. Deux filles étaient mortes : l'une, deux semaines après être sortie du sein maternel à l'aide du forceps ; la seconde, à quatre mois, l'accouchement ayant eu lieu, cette fois, par les pieds, après des manœuvres très-laborieuses.

Notre jeune malade avait une sœur de dix-sept ans, qui offrait la plupart des signes de la complexion scrofuleuse : les os spongieux et le système cellulaire étaient déjà dans un état d'hypertrophie très-marquée ; les règles n'étaient pas encore bien établies, etc.

Tels étaient les produits d'une union dont les âges étaient aussi mal assortis : deux enfants morts presqu'en naissant ; deux autres scrofuleux au plus haut degré.

Il y a encore des faits d'une autre espèce qui prouvent que l'âge seul des parents peut être cause de scrofule : ce sont toutes ces naissances tardives qui arrivent dans les familles où l'on avait perdu tout espoir d'avoir des enfants. Ces enfants, qu'on a ainsi longtemps attendus, viennent au monde, le plus ordinairement, avec le cachet d'une faiblesse originelle, qui est trop souvent le principe de maladies scrofuleuses auxquelles ils succombent dans leurs premières années.

Les naissances qui surviennent longtemps après qu'on avait cru que le nombre des enfants ne pouvait plus augmenter, offrent encore les mêmes déceptions.

J'ai connu une famille de sept enfants, dont un seul était scrofuleux : c'était le septième, né d'une mère qui avait eu six enfants bien constitués de vingt à trente ans, et qui était accouchée à quarante-deux ans d'un garçon scrofuleux.

Cet enfant était né très-petit et très-faible, il s'était toujours mal nourri. A dix ans, il se forma des pustules de scrofule cutanée esthiomène sur la partie interne et supérieure des cuisses; il parut successivement des tubercules cervicaux en grand nombre, une carie avec hypertrophie du tiers supérieur du sternum, et plusieurs abcès consécutifs sur la poitrine.

Cet enfant, qui, pendant deux ans, avait reçu les soins les plus éclairés, sans aucun succès, a guéri, plus tard, par les préparations iodurées administrées, à plusieurs reprises, dans le cours de deux ans. Il a présentement vingt et un ans et jouit d'une assez bonne santé.

Le nommé Coulomb, le plus jeune d'une famille de cinq enfants, avait quatre frères ou sœurs, engendrés dans la force d'âge de leurs parents, qui jouissaient d'une bonne santé. Notre malade était né le cinquième, sa mère ayant quarante-deux ans et son père quarante-huit : il était le seul scrofuleux de sa famille.

J'ai été consulté pour un lycéen âgé de dix-huit ans qui était affecté de tumeur blanche du genou gauche. Quelques jours après, je me trouvai en relation avec le frère aîné de ce jeune malade; c'était un homme brun, de belle taille, fortement constitué. Ce fait, qu'on aurait cru d'abord bien contraire à la loi de la généralité de la maladie dans la famille, ne faisait pourtant pas exception à cette loi. En effet, je remarquai bientôt qu'il existait entre les deux frères une grande différence d'âge, c'est aussi par elle que je commençai mes investigations de cause; il y avait entre eux dix-sept ans de différence : le frère aîné avait été conçu son père ayant trente-neuf ans, et le frère plus jeune à cinquante-six ans. Leur santé respective était bien conforme à l'âge de leur père au moment de leur conception.

Art. V. — *L'âge disproportionné des parents est cause de scrofule héréditaire.*

L'homme doit avoir quelques années de plus que sa femme pour que leurs âges soient assortis; cette différence est nécessaire pour qu'ils soient également forts chacun dans son espèce. Cet âge respectif doit être rigoureusement observé dans le mariage, car il est une condition essentielle d'une puissante génération; essentielle à ce point que les père et mère ne sauraient y manquer à aucune époque de leur fécondité sans que leur postérité en soit affaiblie.

Cette cause est tellement dans la nature, son existence est si réelle, qu'on l'observe encore quand les parents sont de même âge, et qu'elle ne disparaît complétement que lorsque leur âge respectif est selon les lois de développement de leur sexe.

J'ai vu beaucoup de cas de scrofule dans lesquels je n'ai pas reconnu d'autre cause que l'âge disproportionné des parents, le père étant plus jeune que la mère. Narcisse Décalogne, âgé de vingt-deux ans, portait, dans l'aine droite, une tumeur tuberculeuse grosse comme le poing, ulcérée depuis un mois qu'elle avait été ouverte avec le bistouri, à l'Hôtel-Dieu. Ce malade était né d'une mère plus âgée que son mari. Il avait perdu deux frères et une sœur en bas âge.

Cette cause est assez commune pour que j'aie appris à la reconnaître avec facilité. Il y a douze ans environ, un habitant de la Charente m'amena son fils aîné âgé de dix-huit ans; il était atteint de carie scrofuleuse des trois phalanges du doigt annulaire de la main droite, et d'une tumeur blanche de l'articulation radio-carpienne gauche. Ce jeune homme avait éprouvé, à différentes reprises, quelques légères hémoptysies. La première question de diagnostic que j'adressai au père fut relative à l'âge de sa femme : elle avait onze ans de plus que lui.

De même, à la consultation de Saint-Louis, je reconnais souvent cette cause à la première vue du père ou de la mère des enfants scrofuleux qu'on y amène, et cette espèce de diagnostic ne cause pas peu de surprise aux élèves qui sont nouvellement avec moi.

J'ai vu aussi des cas dans lesquels cette cause me paraissait avoir donné plus de force à d'autres causes d'hérédité. Adolphe Quesnot, âgé de vingt ans, jeune homme pâle, émacié, faible, hémoptoïque, portait deux tumeurs ulcérées, une de chaque côté du cou; une troisième tumeur de même nature, grosse comme les deux poings, sous l'aisselle gauche; la moitié antérieure de cette dernière tumeur était assise sur la poitrine; le bras était raide, immobile; le moindre mouvement de ce membre était très-douloureux. Cette tumeur s'ouvrit le troisième jour de l'entrée du malade dans notre hôpital; il en sortit plus d'un demi-litre de pus tuberculeux. Le père de Quesnot, âgé de trente-neuf ans, toussait habituellement depuis sa jeunesse; la mère, âgée de quarante-cinq ans, jouissait d'une bonne santé. L'hérédité provient, dans ce cas, de trois sources : 1° de la santé du père qui nous paraît tuberculeux; 2° de l'âge disproportionné de la mère qui a six ans de plus que son mari; 3° d'une troisième cause qui va faire le sujet de l'article suivant.

Art. VI. — *L'homme qui n'a point la force comparative de son sexe engendre des enfants scrofuleux.*

L'étude des rapports de l'homme et de la femme nous montre que la force est, à tous égards, du côté de l'homme : cette loi est commune à toutes les classes d'animaux; le mâle est toujours plus fort que la femelle.

Cet état comparatif des forces commence avec la vie; on le reconnaît dès les premiers moments de la naissance; il est très-remarquable quelques années plus tard. Quand on considère dans une promenade publique un grand nombre d'enfants jouant ensemble, on est bientôt frappé des préférences et des rapprochements qui s'opèrent entre les filles et les garçons; de la promptitude avec laquelle se décèlent les caractères respectifs des sexes dans la contenance de ces petits individus. Mais ces caractères deviennent encore plus manifestes par l'essor qu'ils prennent à l'âge de puberté; car alors ils désignent quels seront dans l'avenir les attributs de l'homme et de la femme, et l'autorité passe décidément au plus fort.

Cette supériorité relative de l'homme doit être la loi fondamentale du mariage, l'état normal de la santé des parents; elle est le principe nécessaire du

bonheur domestique; elle l'est aussi de la moralité du mariage, car l'adultère est presque inévitable dans toutes les associations dont elle est absente.

Je n'insisterai pas sur le côté moral d'une position tellement fausse qu'elle a été ridiculisée dans tous les temps; je n'ai à m'en occuper que relativement à la génération. Or, toutes les fois que la force comparative des sexes n'existe point, et qu'au contraire l'homme est relativement plus faible, il ne perd pas seulement l'ascendant moral qui lui est naturellement dévolu, mais encore ses facultés de reproduction en sont profondément affaiblies. Je crois même avoir poussé, en certains cas, mes investigations sur ce point jusqu'à reconnaître que l'homme peut être impuissant par suite de cet état d'infériorité relative portée à un haut degré; et si cet aperçu est vrai, on conçoit qu'avant ce degré d'impuissance il y en a plusieurs autres moins avancés dans lesquels la faculté de reproduction est déjà profondément dégradée.

J'ai constaté bien des fois l'existence de la scrofule par la cause dont nous parlons. Je ferai cependant observer qu'elle est rarement unique dans la production de cette maladie, mais le plus ordinairement associée à quelqu'une de celles dont nous avons déjà traité; car, en général, un homme dont la force n'égale pas celle d'une femme est dans un des états valetudinaires que nous avons fait connaître dans les chapitre précédents.

Il en était ainsi dans l'exemple suivant : Une dame jeune, fortement constituée, m'a souvent consulté, il y a une quinzaine d'années, pour ses deux enfants, un garçon et une fille, tous deux scrofuleux. Le père avait eu une enfance valétudinaire; son accroissement avait été fort lent et incomplet; à quarante ans, sa complexion était médiocre et accusait les souffrances qu'il avait éprouvées dans sa jeunesse; il n'a pu en cet état féconder puissamment sa femme, et ses enfants sont venus faibles et tuberculeux. Ils ont hérité de la faiblesse organique de leur père et non pas de la très-belle santé de leur mère.

Un propriétaire du département de l'Orne vint me consulter, au mois de mai 1833, pour sa fille âgée de quatre ans, qui présentait les symptômes suivants : ophthalmie scrofuleuse double qui durait depuis dix-huit mois, coryza habituel de même nature; hypertrophie de la seconde phalange du doigt indicateur de la main gauche, qui avait commencé trois mois auparavant et qui faisait de rapides progrès depuis trois à quatre semaines; la malléole interne du pied gauche était notablement gonflée; les yeux étaient moins malades depuis que la scrofule avait atteint le système osseux; la dentition était de fort mauvaise nature.

Le père de cette jeune fille était un homme âgé de trente-deux ans. Resté seul de six enfants qu'avaient eus ses parents, il avait été d'une santé valétudinaire jusqu'à l'âge de trente ans, qu'il s'était marié. Sa fille était le produit d'une alliance par laquelle, sous le rapport de la santé, on avait cru réparer l'infériorité que le père pouvait offrir. On aurait effectivement obtenu ce resultat s'il eût été possible de compenser la mauvaise santé du père par la bonne constitution de la mère; mais il ne nous appartient pas d'interpréter ainsi les lois de la nature. Le père étant de complexion scrofuleuse, a transmis cette complexion à sa fille, sans que l'heureuse organisation de la mère ait pu l'empêcher.

Les deux observations que je viens de rapporter auraient pu faire suite à celles qui nous ont servi à connaître la transmission directe de la scrofule par des parents scrofuleux; mais j'ai préféré les présenter ici sous un autre point de vue, parce que c'est à l'occasion du premier de ces faits, et plus tard du second, que j'ai réfléchi sur la transposition des forces respectives qui dérange les rapports des sexes et détériore la complexion des enfants. La compensation qu'on peut désirer en pareil cas n'ayant pas lieu dans les deux faits que je viens de citer, doit être, à mon avis, regardée comme impossible.

L'exemple suivant rentre plus strictement dans le sujet de cet article : c'est celui d'un père qui n'offrait aucun signe de scrofule, qui était seulement de modeste complexion, et dont la faiblesse était moins réelle que relative à l'organisation riche, abondante, énergique de sa femme.

Il y a plusieurs années, je fus consulté par une jeune demoiselle du département de l'Aisne, qui, à la suite d'une fièvre muqueuse, était restée sujette à des ophthalmies, à des coryzas, à des bronchites; elle offrait au cou des tubercules ulcérés que l'on avait regardés, ainsi que les autres symptômes que nous venons d'énumérer, comme des suites de la fièvre muqueuse, théorie d'après laquelle une jeune personne deviendrait scrofuleuse à la suite d'une autre maladie, sans aucune prédisposition héréditaire à le devenir; ce qui est contraire à l'observation, comme nous l'avons déjà dit, et comme nous aurons occasion de le démontrer plus amplement dans la seconde partie de cet ouvrage.

Je n'ai pu rapporter ce fait à aucune autre origine qu'à la constitution de sa mère, qui est beaucoup trop forte relativement à celle du père; quant à des causes occasionnelles, il ne pouvait y en avoir, cette famille vivant à la campagne et dans l'aisance.

Plus on réfléchira sur cette cause, plus on la trouvera simple, évidente, et devant avoir nécessairement les effets que nous lui avons attribués. Il fallait la mettre en évidence parce qu'elle n'a pas été signalée, et qu'il existe, à cet égard, une opinion selon laquelle un homme de faible complexion doit chercher à compenser cette faiblesse par un mariage avec une femme d'une robuste santé. Je puis assurer que cette opinion n'est point vraie d'une manière absolue, et qu'il est des limites qu'on ne doit pas dépasser, car un homme ne fécondera jamais vigoureusement une femme qui est beaucoup plus forte que lui.

Les observations qui précèdent sont encore implicitement confirmées par un autre ordre de faits, qui n'est pas moins intéressant à étudier. On voit quelquefois un homme d'une bonne santé avoir des enfants sains d'une femme de faible complexion. Ceci n'est pas vrai généralement, mais se rencontre assez souvent pour avoir un principe : c'est probablement parce que le degré de force originaire des enfants vient plutôt du père que de la mère. Il n'est même pas douteux que telle est la loi, si chacun des sexes apporte dans la copulation un degré d'action relatif à

sa force propre ; et telle est aussi la pratique des éleveurs, qui, dans l'accouplement des animaux, attachent toujours plus de prix aux qualités du mâle qu'à celles de la femelle.

Art. VII. — *De la scrofule héréditaire par des parents paralytiques, épileptiques, aliénés, etc.*

J'ai observé plusieurs cas de scrofule héréditaire chez des enfants dont l'un des parents ascendants était paralytique.

Le nommé Noblot était père de cinq enfants qui se portaient bien ; il en avait un sixième qui était scrofuleux ; il en avait perdu six autres qui, tous, étaient nés après celui-ci et dont l'existence moyenne n'avait pas été d'une année. Nous n'avons vu qu'une raison de la mortalité qui a frappé les six derniers enfants de cette famille, et de l'état scrofuleux que présentait celui que nous avons eu à l'hôpital Saint-Louis, c'est que le père avait eu une première attaque d'apoplexie suivie de paralysie; il en était guéri, mais depuis lors il ne pouvait plus engender que des enfants dont la vie était d'avance avortée. Cette circonstance ne surprendra personne ; on sera, au contraire, très-étonné qu'après une première attaque de paralysie, cet homme ait pu encore avoir sept enfants.

Elisabeth Liard, âgée de vingt-trois ans, tuberculeuse et ophthalmique, était, en outre, sujette à des hémoptysies légères : elle était née d'un père paralytique qui était mort à trente-trois ans.

J'ai eu dans mes salles plusieurs enfants scrofuleux dont l'un des parents ascendants était épileptique. Louis Guillaud, âgé de dix-neuf ans, dont l'histoire est l'une des plus curieuses que j'aie publiées dans mon troisième mémoire sur l'emploi de l'iode dans les maladies scrofuleuses, était né de père épileptique ; lui-même avait été aliéné trois fois depuis l'âge de treize ans, et chaque fois le retour de l'aliénation mentale avait eu lieu en été.

L'aliénation mentale n'est pas rare chez les parents ascendants des scrofuleux.

En 1832, une dame dont l'intelligence lente et faible me frappa tout d'abord, me consulta, plusieurs fois, pour sa fille âgée de dix ans qui avait de gros tubercules dans les régions cervicales. Quelque temps après, elle m'amena son fils qui était affecté d'une hypertrophie du calcanéum et de la malléole interne du pied gauche. Cet enfant avait alors huit ans ; les os spongieux étaient généralement trop développés chez lui.

La mère de ces deux enfants avait été, pendant deux ans, sous la direction de notre honorable confrère le docteur Esquirol.

Deux ans plus tard, j'eus occasion d'observer un garçon de neuf ans, atteint de tubercules cervicaux et d'impétigo du cuir chevelu. Cet enfant était fils unique d'une dame veuve dont le mari était mort aliéné.

J'ai donné des soins à une jeune demoiselle qui était tuberculeuse et qui avait eu trois oncles paternels, dont deux étaient morts aliénés.

Cette relation des névroses cérébrales avec la scrofule m'étonne d'autant moins, que l'hydrocéphale aigu est très-commun chez les enfants scrofuleux, et que, dans ma conviction intime, ceux qui meurent de cette maladie ne recouvreraient point leur intelligence dans toute sa plénitude, s'ils étaient rappelés à la vie. Ma présomption à cet égard est fondée sur ce qui arrive à la suite de l'hydrocéphale chronique : cette maladie frappe constamment de lenteur et de faiblesse les facultés intellectuelles des enfants. Je n'ai jamais vu un jeune homme, qui a été atteint d'hydrocéphale chronique dans son enfance, devenir un sujet distingué ; non-seulement j'ai observé le contraire dans un grand nombre de cas, mais encore j'ai eu occasion de remarquer le danger qu'il y a à soumettre ces enfants à la discipline des écoles et à vouloir leur donner plus d'instruction qu'ils ne sont aptes à en recevoir. La réaction du moral sur le physique peut-être assez forte pour que leur croissance soit sensiblement arrêtée.

Le squirrhe, le cancer, deux degrés de la même maladie, ont aussi des rapports de cause avec la scrofule. Peut-être même la description du squirrhe doit-elle faire partie de l'histoire du tubercule. Je traiterai cette question d'une manière particulière dans un autre ouvrage, afin de mettre en évidence la relation de parenté qui, selon moi, existe entre le squirrhe à tous les degrés et le tubercule.

Chapitre troisième. — *Considérations générales sur les états particuliers de santé des parents ascendants.*

Après avoir étudié les états particuliers de santé des parents qui engendrent des enfants scrofuleux, nous allons nous livrer à quelques considérations sur ces divers états envisagés d'une manière générale. Afin de mettre de l'ordre dans ce chapitre, nous le diviserons en cinq articles principaux. Dans le premier, nous disserterons sur les cas dans lesquels l'origine héréditaire de la scrofule n'est pas assez exprimée dans la santé des parents ascendants. Le deuxième contiendra des observations relatives aux parents qui n'offrent des symptômes de scrofule qu'après avoir engendré des enfants scrofuleux, ou même qu'après les avoir perdus de maladies de ce genre. Dans le troisième, nous chercherons à prouver que l'hérédité des maladies scrofuleuses ne saute pas une génération. Nous nous occuperons dans un quatrième article des complications que les causes de la scrofule peuvent offrir entre elles, ou avec d'autres causes de maladie. Nous consacrerons enfin un cinquième et dernier article à quelques vues médicales sur le mariage, considéré comme la cause la plus ordinaire de la propagation des maladies scrofuleuses.

Art. I. — *De la scrofule héréditaire dont la cause n'est pas assez exprimée dans la santé originaire ou acquise des parents ascendants.*

Ce chapitre doit servir de complément à ceux qui précèdent ; il devra disparaître de l'histoire des causes des maladies scrofuleuses, lorsque ces causes seront mieux connues, lorsque nous saurons déterminer la limite qui sépare l'état de santé de l'état de maladie.

Les résultats que nous avons exposés dans le pre-

mier et le second chapitre de cet ouvrage ne permettent plus de conserver aucun doute sur l'origine le plus souvent héréditaire des maladies scrofuleuses, et sur les sources nombreuses d'hérédité qui peuvent découler de la santé originaire ou acquise des parents ascendants.

Dans la troisième partie, lorsque nous étudierons les causes occasionnelles, accumulées toutes, ou presque toutes, dans certains ateliers de travail, nous ferons voir que l'hérédité joue encore dans ces circonstances un rôle fort important, et que peut-être même son concours est nécessaire à la production des maladies scrofuleuses.

Mais au milieu des faits très-nombreux dans lesquels l'hérédité est facile à constater, il en est quelques-uns qui paraissent réfractaires à cette classification. Nous ne comprenons pas dans les cas de cette espèce ceux dans lesquels les parents ont été scrofuleux dans leur jeunesse, ni ceux dans lesquels la scrofule, n'étant apparente sur aucun des parents ascendants, existe néanmoins dans une autre branche de la famille. Ces faits seront désormais faciles à classer d'après les développements dans lesquels nous sommes entré aux articles III et IV du chapitre II.

Nous voulons signaler ici une autre catégorie de faits de scrofule dont l'origine échappe à notre première investigation ; des faits dont on ne reconnaît point d'abord la cause formelle dans la santé des parents, et que l'on ne peut pas davantage rapporter à des causes extérieures occasionnelles, la position des malades n'en comportant d'aucune espèce.

Dans ces cas, l'hérédité me paraît suffisamment démontrée si la scrofule est générale parmi les enfants, et si elle y occasionne une grande mortalité. Ces deux caractères ne peuvent naître de causes extérieures occasionnelles ; à plus forte raison n'en sont-ils pas un effet lorsque ces causes n'existent pas.

Tous les praticiens savent, par leur expérience propre, qu'en médecine on ne peut pas toujours rendre compte de ses impressions ; qu'à la seule vue des malades on porte quelquefois un diagnostic dont l'analyse n'est guère possible. Les mêmes difficultés se présentent dans l'étude des maladies scrofuleuses ; j'en ai rencontré auxquelles je n'aurais pu reconnaître aucune des causes héréditaires que j'ai spécifiées ; mais à voir les parents, à juger de leur santé par leur habitude générale, j'étais porté à penser qu'il n'avait pu provenir de leur rapprochement que des êtres imparfaits; et quoiqu'on ne puisse pas dire précisément de ces individus qu'ils soient tuberculeux, qu'ils soient trop âgés, syphilitiques, etc., à les voir seulement on comprend qu'ils ne peuvent pas engendrer de beaux enfants.

Lorsqu'on nous présente un enfant tuberculeux, et que l'origine de sa maladie ne paraît pas devoir être rapportée à la santé de ses parents, nous nous assurons aussitôt des causes occasionnelles auxquelles il a pu être sujet, et, l'absence de ces causes une fois constatée, nous admettons l'hérédité. Il faut alors effectivement qu'il arrive de deux choses l'une : ou que la scrofule soit héréditaire, ou qu'elle soit un effet sans cause.

Nous disons qu'elle est héréditaire, et cela est vrai pour les classes supérieure et moyenne de la société, qui sont sujettes aux causes d'hérédité, mais qui n'ont pas à supporter des influences extérieures qui puissent rendre les individus scrofuleux ; cela est encore vrai pour le plus grand nombre des artisans établis, dont le travail fortifie la santé alors surtout qu'il leur procure un peu d'aisance.

L'hérédité doit encore être admise dans les cas de ce genre, pour une autre raison, c'est qu'il est très-possible que l'un des parents ascendants soit dans un état physiologique nuisible à la génération, qui n'est cependant pas assez exprimé pour que nous puissions le reconnaître, tandis qu'une cause occasionnelle assez intense pour faire dégénérer notre espèce à l'état scrofuleux, n'a pu passer inaperçue si elle a existé, et ne pourrait rester cachée si elle agissait présentement.

Eugénie Nanche, âgée de quatorze ans, avait une ophthalmie de l'œil gauche qui durait depuis l'âge de cinq ans, et qui était continue depuis un an ; de plus, elle était sourde de l'oreille gauche, et très-sujette à une céphalalgie qui était plus forte de la moitié gauche que de la moitié droite du crâne. Chez cette fille, il y avait absence de causes occasionnelles, et l'hérédité n'était pas non plus manifestement indiquée ; j'ai pensé, nonobstant, que son état provenait de la santé de ses parents. Pourquoi ce diagnostic ? parce qu'elle avait une sœur qui était morte tuberculeuse-pulmonaire à l'âge de vingt-quatre ans ; parce qu'une seconde avait succombé à dix-sept ans, n'étant pas réglée et ayant encore le physique d'un enfant ; parce qu'une troisième était morte à quinze ans, et que son développement corporel avait été retardé comme celui de la précédente ; parce qu'enfin il lui restait une quatrième sœur dont la menstruation était fort difficile. De pareils phénomènes ne sont point des effets de causes extérieures : l'aînée des trois sœurs est morte manifestement tuberculeuse-pulmonaire ; les deux plus jeunes, qui sont mortes à quinze ans et à dix-sept ans, sans être réglées, sans offrir aucun signe de nubilité, dont toutes les fonctions étaient frappées d'arrêt de développement, étaient tuberculeuses comme leur sœur aînée, comme leur sœur la plus jeune, celle dont nous avons recueilli l'observation au pavillon Gabrielle, en 1829. Ces quatre sœurs avaient le même tempérament, le tempérament tuberculeux. Les causes occasionnelles ne sauraient, dans aucun cas, produire des effets aussi uniformes sur quatre personnes.

Si nous insistons comme nous le faisons sur l'hérédité des maladies scrofuleuses, c'est à cause des indications thérapeutiques qui en découlent; c'est que nous aurons, par la suite, à combattre les méthodes locales de traitement qui sont nées des causes locales qu'on a admises sur la moindre apparence. Nous aurons alors d'autant plus de facilité à faire exclure ces méthodes que nous aurons mieux fait comprendre l'origine héréditaire des maladies tuberculeuses, et la nécessité de leur opposer un traitement interne.

Dans beaucoup d'occasions, ce n'est assez d'interroger la santé des parents ; il faut encore les envisager sous le rapport moral ; il faut pénétrer le secret de la vie privée, qui cache souvent bien des causes de maladie.

A Paris surtout, où les familles en général vivent

d'efforts et de mécomptes, où il est si difficile non-seulement de se créer une position, mais encore de s'assurer l'existence de chaque jour, les hommes passent par des épreuves qui doivent porter atteinte aux fonctions de reproduction. Cette vie de labeur, qui est le sort du plus grand nombre, a pour contraste l'existence des hommes nés dans la richesse et le superflu; ceux-là sont peut-être les plus à plaindre, car la plupart arrivent avec une vitesse extrême à la satiété et à l'impuissance, triste compensation de l'avantage qu'ils ont d'être faits hommes du monde dès les premières années de leur adolescence.

Les fortunes acquises ne le sont que trop souvent au détriment de la santé; la fortune d'un homme, quelque brillante qu'elle doive devenir à la fin de sa carrière, n'arrive le plus ordinairement qu'avec une excessive lenteur, ou par des alternatives brusques qui lui font éprouver presqu'en même temps la crainte de la détresse, celle du déshonneur et l'enivrement de la position la plus opulente. C'est ce qu'on apprend, chaque jour, en causant avec les artisans de ces carrières brillantes, à la fin desquelles quelques hommes rares, exceptionnels, sortent victorieux de leurs spéculations, et franchissent la distance qui sépare une origine pauvre d'un âge mûr opulent.

On comprend aisément qu'il n'y a plus de mesure, qu'il n'y a plus rien de normal chez des hommes livrés à une vie aussi agitée, et que chez eux les fonctions génératrices doivent partager le trouble, l'anxiété qu'éprouvent incessamment toutes les autres fonctions de l'économie.

Il est aussi des classes fort nombreuses de la société dans lesquelles l'existence des femmes est remplie d'affaires et de soins qui ne laissent plus aucun loisir pour la vie de reproduction : ce sont toutes les femmes auxquelles le commerce impose des habitudes en quelque sorte automatiques, qui se meuvent chaque jour, à la même heure, de la même manière, dans les limites étroites d'une boutique souvent privée d'air et de lumière, et le plus ordinairement humide. Les femmes qui vivent dans cette atmosphère n'ont le plus souvent, pour se garantir du froid humide, que le secours trompeur d'une chaufferette; la vapeur qui s'en exhale vicie l'air qu'elles respirent au point de les faire quelquefois trouver mal; son usage amollit et dépravc la sensibilité spéciale des organes génitaux; il amène, à la longue, la stase du sang veineux dans les parties inférieures, de là les marbrures de la peau, les varices, les engorgements utérins, les flueurs blanches et les pertes de sang qui affligent la plupart d'entre elles. L'état physiologique des femmes qui vivent sous ce régime ne peut être que fort contraire à la bonne propagation de l'espèce. Qu'on se figure dans quelles dispositions doit approcher du lit conjugal une femme qui a porté le joug du travail et du souci des affaires depuis plus de seize heures qu'elle est levée. Il n'est pas possible que les femmes qui passent ainsi les plus belles années de leur vie deviennent mères de beaux enfants.

Il est encore une foule d'habitudes privées qui, en singularisant trop certains individus, les éloignent de toute affection. Ces goûts trop personnels rendent la vie domestique insupportable, et font naître des antipathies invincibles; alors il ne peut y avoir qu'un simulacre de copulation et qu'une ébauche imparfaite de la génération. Croit-on qu'une femme puisse être fécondée pleinement par un homme dont elle craint les approches, et qui lui est souvent antipathique?

Toutes ces particularités de la vie domestique, sur lesquelles j'aurais moins abrégé les réflexions auxquelles je viens de me livrer, si je n'avais craint qu'on leur trouvât un air trop étrange dans cette dissertation, éteignent l'amour conjugal, et ont l'influence la plus nuisible sur la constitution originaire des enfants. Nous ne pouvions donc pas les passer entièrement sous silence, dans un travail qui a pour but spécial la recherche des causes de toute espèce qui peuvent affaiblir les fonctions génératrices, et détériorer la constitution originaire des enfants.

Art. II. — *Des parents peuvent n'offrir des symptômes de scrofule qu'après avoir engendré des enfants scrofuleux.*

Nous avons vu que des parents peuvent transmettre à leurs enfants des maladies dont ils ont été atteints dans leur jeunesse, et dont ils paraissent guéris; que cette transmission peut avoir lieu aussi par des parents qu'on aurait crus exempts de scrofule, quoiqu'ils eussent des frères et sœurs scrofuleux; nous verrons dans cet article que des parents peuvent n'offrir de signes de scrofule qu'après avoir engendré des enfants scrofuleux, qu'après même avoir perdu leurs enfants de maladies scrofuleuses.

Lalouette rapporte un cas de ce genre fort remarquable, qu'il n'a pas considéré comme nous ferons ici, et qu'il n'a vu que sous le rapport des époques de la vie auxquelles l'invasion de la scrofule peut avoir lieu. Une demoiselle est atteinte de scrofule à vingt-six ans; une de ses sœurs éprouve la même maladie à seize ans; une troisième à quatorze ans, avec complication de chlorose. Le père de ces trois demoiselles, qui avait joui d'une bonne santé jusqu'à soixante-six ans, eut, à cet âge, des tubercules à la nuque, sous le menton, le long du cou des deux côtés, sous les aisselles et dans les jarrets. Ces tubercules devinrent fort durs et acquirent, en très-peu de temps, un si gros volume, ceux du cou principalement devinrent si considérables, que le malade en fut suffoqué pendant la nuit.

Au mois d'octobre 1827, nous avions à l'hôpital Saint-Louis le nommé Eglem, âgé de dix-huit ans, affecté de tubercules cervicaux, d'ophthalmie, de coryza, etc. Ce jeune homme était resté seul d'une famille de huit enfants; sept frères ou sœurs étaient mort-nés, ou morts en bas âge. Le père de cette progéniture si généralement, si profondément scrofuleuse, ne paraissait pas être scrofuleux; la maladie ne s'est montrée chez lui qu'à cinquante-huit ans, sous la forme d'un vaste ulcère scrofuleux survenu au côté droit du cou, et dont il est mort au bout de dix-huit mois de souffrances.

Je connais quatre sœurs tuberculeuses; deux sont stériles et les deux autres ont des enfants tuberculeux. L'origine de ces deux générations scrofuleuses était restée longtemps inconnue, et l'on désespérait

de la trouver jamais, lorsque la grand'mère maternelle ayant élevé ses enfants et ses petits enfants, mourut tuberculeuse-pulmonaire à l'âge de soixante-six ans et quelques mois.

La cause originaire du tempérament strumeux de ces quatre sœurs, jusqu'alors ignorée, a été enfin reconnue dans l'espèce de maladie à laquelle leur mère a succombé.

Tout récemment, j'ai été consulté par une dame du département d'Eure-et-Loir, qui est âgée de cinquante ans, jouissant d'une bonne santé, ayant encore ses règles, qui depuis quelques mois seulement retardent un peu.

Cette dame porte dans le sein droit une glande du volume d'une noix, dont le commencement remonte à dix ans, et laquelle est parfois un peu douloureuse.

Dans le courant du mois de mars de cette année, il a paru une tumeur tuberculeuse, grosse comme un œuf de poule, derrière et au-dessous du grand angle gauche de la mâchoire inférieure; cette tumeur a été ulcérée pendant quatre mois, au bout desquels l'ulcère a été cicatrisé; la cicatrice est restée fermée pendant deux mois, et depuis trois semaines elle s'est rouverte, avec tous les caractères d'un ulcère tuberculeux; la suppuration est fort abondante.

Cette dame a eu d'abord deux fausses couches, puis une fille qui est âgée présentement de vingt-trois ans, et qui est tuberculeuse dans les régions cervicales depuis environ sa dixième année. Aucun de ces tubercules, qui sont fort gros et fort nombreux, n'a jamais été ulcéré. Cette jeune femme est mariée depuis deux ans; elle est mère d'une fille qu'elle a eue après un an de mariage.

Voilà encore un fait dans lequel la transmission héréditaire a eu lieu très-longtemps avant que sa cause ait été manifestée du côté maternel.

Les observateurs qui nous ont précédé ont rapporté des exemples de tubercules pulmonaires survenus chez des parents qui avaient perdu antérieurement leurs enfants de cette maladie. Portal, qui a fort bien résumé ces observations, rapporte que parmi les phthisiques qu'il avait regardés comme atteints de phthisie par accident, et qui sont morts ayant leurs père et mère en bonne santé, il en a vu dont le père ou la mère sont morts longtemps après de la même maladie, ce qui augmente de plus en plus le nombre des phthisiques de naissance.

Quant à moi, je suis chaque jour plus porté à penser qu'on ne voit guère que des phthisiques de naissance. Je ne connais aucun fait bien avéré de phthisie tuberculeuse pulmonaire, survenue chez un homme exempt de toute prédisposition héréditaire à cette funeste maladie. Je développerai cette question importante dans mon ouvrage sur le tubercule.

Nous terminerons cet article par l'exemple suivant, celui d'un père devenu goîtreux après avoir engendré huit enfants qui l'étaient.

Au mois d'octobre 1840, j'ai traité un négociant de Rouen, âgé de trente-neuf ans, affecté d'un goître. Cette maladie avait commencé à l'âge de trente et un ans; elle était restée stationnaire jusqu'à trente-huit, mais elle avait pris alors un développement très-rapide, et quand je l'observai, un an plus tard, elle occupait toute la région moyenne antérieure du cou; elle était un peu plus prononcée du côté droit que du côté gauche.

J'ai eu chez moi cinq filles de ce malade, toutes affectées de goître. Outre ces cinq enfants, il a eu cinq autres filles et un garçon qui sont morts.

Avant que le goître se fût manifesté chez lui, il avait eu huit enfants affectés de cette maladie.

Les cas de cette espèce sont beaucoup plus communs qu'on ne pense. N'est-il pas évident que cet homme a eu huit enfants goîtreux parce qu'il l'était lui-même avant de le paraître?

Nous n'aurions pas eu besoin d'attendre cette révélation tardive de la cause héréditaire; nous aurions supposé l'existence de l'hérédité d'après la généralité de la maladie dans la famille, ce dernier caractère ne pouvant provenir que de la santé des parents ascendants.

Nous aurons occasion de revenir sur le développement des maladies scrofuleuses chez des parents qui ont eu des enfants scrofuleux, quand nous traiterons de la scrofule qui peut se montrer, pour la première fois, par des avortements spontanés, ou à la suite d'un accouchement laborieux, quelquefois aussi à la suite d'un accouchement ordinaire. (Deuxième partie, *Causes dites pathologiques*, art. II.)

Art. III. — *L'hérédité des maladies scrofuleuses ne saute pas une génération.*

Cette proposition n'a rien qui doive nous étonner au point où nous sommes arrivé de nos recherches sur l'hérédité des maladies scrofuleuses; elle découle naturellement des idées que nous avons émises dans les articles précédents. L'opinion que les maladies scrofuleuses peuvent sauter une génération est tout à fait gratuite : un père qui est né de parents scrofuleux, et qui a des enfants qui le sont, l'est lui-même. La preuve en est dans sa progéniture; autrement, c'est avancer qu'un homme peut donner ce qu'il n'a pas, c'est-à-dire qu'il y a des effets sans cause. C'est, au reste, une opinion comme nous en avons beaucoup d'autres en médecine et plus particulièrement sur la maladie scrofuleuse, à l'usage de ceux qui veulent expliquer les phénomènes dont ils n'ont pas étudié les lois, mais à laquelle on doit refuser l'entrée dans le domaine de la science.

Les faits d'après lesquels on a cru que l'hérédité avait sauté une génération ne sont que des faits mal observés; ce sont surtout des faits pareils à ceux dont nous avons parlé au sujet de la scrofule transmise par des parents qui paraissent guéris de cette maladie, et de celle qui provient des parents qu'on croit n'être pas scrofuleux, quoiqu'ils aient des frères et sœurs qui le sont (chap. II, art. III et IV).

Beaucoup de personnes ne se rappellent plus avoir été maladives dans leur enfance; d'autres nous laissent souvent ignorer l'existence de la scrofule dans leur famille; ajoutons qu'un grand nombre de médecins négligent de s'en informer : trois circonstances qui nous induisent en erreur sur l'origine de la maladie.

Ces erreurs sont encore excusables lorsque les parents offrent les apparences d'une bonne santé; mais il est des cas dans lesquels on ne tient pas